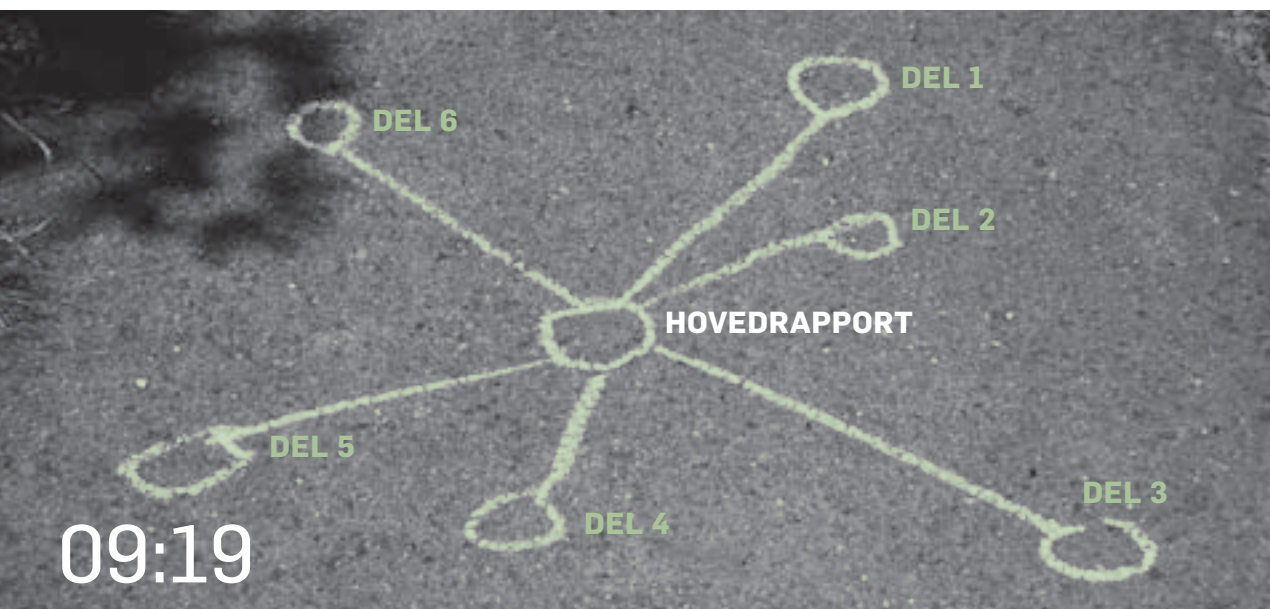


DEN SOCIALE STOFMISBRUGS- BEHANDLING I DANMARK



09:19

LARS BENJAMINSEN
DITTE ANDERSEN
MAREN SØRENSEN

09:19

DEN SOCIALE STOFMISBRUGSBEHANDLING I DANMARK

HOVEDRAPPORT

LARS BENJAMINSEN
DITTE ANDERSEN
MAREN SØRENSEN

KØBENHAVN 2009
SFI – DET NATIONALE FORSKNINGSCENTER FOR VELFÆRD

DEN SOCIALE STOFMISBRUGSBEHANDLING I DANMARK. HOVEDRAPPORT.

Afdelingsleder: Lars Pico Geerdsen

Afdelingen for socialpolitik og velfærdsydelser

Undersøgelsens følgegruppe:

Rafai Al-Atia, Kommunernes Landsforening

Preben Brandt, Rådet for socialt udsatte

Klaus Debel-Hansen, Servicestyrelsen

Peter Ege, København Kommune

Ib Hansen, Centerlederforeningen

Mette Kronbæk, Servicestyrelsen

Ingelis Langgaard, KABS & Socialpædagogernes Landsforbund

Niels Løppenthin, Direktoratet for Kriminalforsorgen

Mads Uffe Pedersen, Center for Rusmiddelforskning

Helle Petersen, Sundhedsstyrelsen

Anette Poulsen, Indenrigs- og Socialministeriet.

Nina Suenson, Danske Regioner

ISSN: 1396-1810

ISBN: 978-87-7487-946-6

Layout: Hedda Bank

Oplag: 800

Tryk: Schultz Grafisk A/S

© 2009 SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

33 48 08 00

sfi@sfi.dk

www.sfi.dk

SFI's publikationer kan frit citeres med tydelig angivelse af kilden.

Skrifter, der omtaler, anmelder, henviser til eller gengiver SFI's publikationer, bedes sendt til centret.

INDHOLD

	FORORD	9
	RESUMÉ	11
1	INDLEDNING	19
	Rapportens opbygning	21
2	TEORETISK FOKUS	25
	Skadesreduktion eller stoffrihed	25
	Behandlingsmålsætninger	28
	Behandlingens fokus og metoder	30
	Brugerinddragelse og selvbestemmelse	31
	Stofmisbrugsbehandling i Danmark - begrebsafklaring	33

3	STOFMISBRUGSBEHANDLING I ET INTERNATIONALT PERSPEKTIV	37
	Stofmisbrugsbehandling i Europa	37
	Behandlingssystemer i omkringliggende lande	39
	Skadesreduktion og substitutionsbehandling i Danmark, Norge og Sverige	43
	Effekter af social behandling	48
4	METODE	59
	Bruger-surveyen	60
	Surveyen til tidligere brugere	63
	Pårørende-surveyen	66
	Behandlingssteds-surveyen	67
	Surveyen til kommunale myndighedspersoner	68
	Visitor-surveyen	69
	Journalundersøgelsen	71
	Undersøgelsen blandt de frivillige organisationer	72
	Kvalitative interview	73
5	BEHANDLINGSTYPER OG INTENSITET	77
	Behandlingsintensitet	77
	Behandlingstyper	82
	Behandlingsønsker	92
	Opsummering	99
6	BEHANDLINGSTILBUD OG BEHANDLERE	101
	Behandlingstilbuddene	101
	Personalesammensætning	107
	Bruger-behandler-ratio	109
	Opsummering	113

7	BEHANDLINGSTILGANGE OG METODER	115
	Behandlingstilgange og metoder	115
	Stoffrihed og skadesreduktion	124
	Fokus på misbrugets årsager og konsekvenser	138
	Opsummering	141
8	BEHANDLINGSSAMTALER OG BEHANDLINGSKONTAKT	143
	Behandlingssamtalernes omfang	143
	Kontinuitet i behandlingskontakten	146
	Behandlingssamtalernes indhold	147
	Strategier, praksis og tilgængelighed	153
	Opsummering	158
9	BRUGERINDDRAGELSE OG TILFREDSHED	161
	Brugerinddragelse	162
	Brugerindflydelse på behandlingsstederne	168
	Brugernes tilfredshed med behandlingen	170
	Opsummering	173
10	HELHEDSORIENTERET INDSATS	175
	Psykiske problemer	177
	Fysiske problemer	181
	Sociale problemer	183
	Sociale netværk og væresteder	190
	Udslusning og opsøgende indsats	195
	Opsummering	200
11	PÅRØRENDEINDDRAGELSE	203
	Inddragelse af pårørende i behandlingen	203

	Behov for støtte	209
	Mangel på information	212
	Vurdering af behandlingen og den øvrige indsats	214
	Opsummering	220
12	BEHANDLINGENS BETYDNING FOR BRUGERENS LIVSSITUATION	223
	Stoffrihed	224
	Brug af illegale stoffer	231
	Uddannelses- og beskæftigelsessituation	238
	Økonomisk situation	241
	Sociale relationer	245
	Fysiske helbred	248
	Psykisk helbred	251
	Boligsituation	254
	Opsummering	255
13	KOMMUNER OG LEVERANDØRER	259
	Organisering og ejerform	260
	Udførerkommuner og bestillerkommuner	261
	Opsummering	268
14	VISITATION OG SAGSBEHANDLING	269
	Strukturen i visitationssystemerne	269
	Udredning	299
	Redskaber	302
	Handleplaner	306
	Kontakt med kommunal sagsbehandler	312
	Opsummering	317

15	SAMARBEJDE	321
	Samarbejde og koordination	321
	Vurdering af samarbejdet	323
	Opsummering	328
16	KVALITETSUDVIKLING	331
	Monitorering	331
	Kvalitetsstandarder	336
	Udvikling af den sociale behandling	341
	Opsummering	349
17	SAMMENFATNING OG DISKUSSION	351
	Behandlingsydelser	352
	Substitutionsbehandling og lav behandlingsintensitet	354
	Behandlingsmetoder	357
	Helhedsorienteret indsats	358
	Kommunal organisering	366
	Individualiseret social støtte	368
18	ANBEFALINGER	371
	LITTERATUR	381
	RAPPORTER I SERIEN	391
	SFI-RAPPORTER SIDEN 2008	393

FORORD

Denne rapport er hovedrapporten i en undersøgelse af den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark, som SFI har gennemført for Servicestyrelsen i perioden december 2007 til maj 2009. Undersøgelsen omhandler den sociale stofmisbrugsbehandling efter § 101 i serviceloven, mens undersøgelsen i udgangspunktet ikke belyser den medicinske stofmisbrugsbehandling efter sundhedslovens § 142.

Undersøgelsen bygger på et omfattende empirisk datamateriale, hvor både brugere, pårørende, behandlingsledere, kommunale medarbejdere og repræsentanter for de frivillige sociale organisationer er blevet interviewet. SFI retter en tak til alle de personer, der har medvirket i undersøgelsen.

Hovedrapporten sammenfatter resultaterne af seks delrapporter i en samlet analyse af den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark. De seks delrapporter i serien omhandler følgende:

- Delrapport 1 belyser de frivillige organisationers syn på den sociale stofmisbrugsbehandling og opfattelse af deres rolle i den sammenhæng.
- Delrapport 2 omhandler henholdsvis brugernes og de pårørendes erfaringer, ønsker og holdninger til den sociale stofmisbrugsbehandling.

- Delrapport 3 kortlægger behandlingstilbud og metoder i den sociale behandling.
- Delrapport 4 beskriver kommunale myndigheders arbejde med at kvalitetsudvikle den sociale stofmisbrugsbehandling.
- Delrapport 5 belyser sagsbehandlingsprocessen, herunder udredning og visitation samt brugerinddragelse.
- Delrapport 6 afdækker, hvilken situation brugere af behandlingssystemet i 2006 befinder sig i 2-3 år efter i 2008/2009, og om der kan observeres nogle sammenhænge mellem behandlingstilbuddenes karakter og brugernes senere livssituation.

Hovedrapporten er udarbejdet af forsker Lars Benjaminsen og forskningsassistenter Ditte Andersen og Maren Sørensen. Professor Margaretha Järvinen, SFI og Sociologisk Institut, KU, forskningsassistenter Therese Heltberg og Katrine Buchholt Pedersen samt fuldmægtig Dorte Skov, der har været udstationeret som projektmedarbejder på SFI fra Servicestyrelsen, har indgået i undersøgelsens projektgruppe. Forsker, Lars Benjaminsen har været projektleder på undersøgelsen, mens Finn Kenneth Hansen, CASA, har fungeret som referee på samtlige rapporter i serien. Undersøgelsen har desuden været fulgt af en følgegruppe (se kolofonen). Både referee og følgegruppe takkes for deres kommentarer.

København, august 2009

JØRGEN SØNDERGAARD

RESUMÉ

Denne rapport udgør hovedrapporten i en undersøgelse af den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark, som SFI har gennemført for Servicestyrelsen i perioden december 2007 til maj 2009. Undersøgelsen omhandler den sociale stofmisbrugsbehandling efter § 101 i serviceloven, mens undersøgelsen i udgangspunktet ikke belyser den medicinske stofmisbrugsbehandling efter sundhedslovens § 142. I forbindelse med undersøgelsen er der blevet udarbejdet seks delrapporter, der udgør dokumentationen for denne rapport.¹

BRUGERNE ØNSKER MERE SOCIAL BEHANDLING

Undersøgelsen har belyst, hvilke former for social behandling brugerne modtager. Blandt de interviewede brugere er 10 pct. i døgnbehandling, 7 pct. modtager dagbehandling, 40 pct. modtager ambulant behandling, og 44 pct. modtager ad hoc-samtaler, dvs. samtaler sjældnere end hver 14. dag. 24 pct. af brugerne oplyser, at de ikke har haft nogen samtaler med deres kontaktperson/behandler de seneste 2 måneder, mens 16 pct. har haft én samtale. 49 pct. af brugerne angiver, at deres behandlingssamtaler typisk varer mindre end en halv time. Det er særligt opiat-misbrugere

1. En oversigt over de seks delrapporter findes i bilag 1.

(dvs. misbrugere af heroin, morfin og lign.) i medicinsk substitutionsbehandling (typisk metadonbehandling), der modtager få eller ingen samtaler.

Undersøgelsen afdækker også, hvilke typer af social behandling brugerne modtager. 25 pct. af brugerne modtager psykologsamtaler. 77 pct. angiver, at de modtager samtaler med andet personale, og 20 pct. modtager gruppebehandling.

16 pct. af brugerne, der ikke i øjeblikket er i døgnbehandling, udtrykker ønske om at komme i døgnbehandling. Denne andel er højest blandt dem, der tidligere har været i døgnbehandling. Hovedparten af brugernes behandlingsønsker retter sig imidlertid mod det ambulante behandlingssystem. Her er det karakteristisk, at en betydelig del af brugergruppen ønsker psykologsamtaler. 27 pct. af de brugere, som ikke i øjeblikket modtager psykologbehandling, ønsker psykologsamtaler, mens 20 pct. ønsker flere behandlingssamtaler med øvrigt personale. Til gengæld er det meget få brugere, der ikke allerede modtager substitutionsbehandling (kun 2 pct.), der ønsker at komme i substitutionsbehandling.

BRUGERNES BEHOV FOR HJÆLP DÆKKES IKKE

Undersøgelsen har afdækket omfanget af psykiske, fysiske og sociale problemer blandt brugerne, og om brugerne oplever at få hjælp til disse problemer. 61 pct. af brugerne angiver, at de har psykiske problemer, og heraf oplever 47 pct. at de i mindre grad eller slet ikke får tilstrækkelig hjælp til deres psykiske problemer. Blandt dem, som modtager ad hoc-samtaler, er det 64 pct., der ikke oplever at få tilstrækkelig hjælp for deres psykiske problemer. 36 pct. modtager psykologisk/psykiatrisk behandling for deres psykiske problemer, hovedparten i forbindelse med misbrugsbehandlingen, mens kun en mindre del er i behandling i det psykiatriske system.

54 pct. af brugerne angiver at have fysiske problemer (fysisk sygdom, plejebehov mv.), og 48 pct. oplever i mindre grad eller slet ikke at få hjælp til deres fysiske problemer.

37 pct. angiver at have problemer i forhold til deres børn, og 63 pct. angiver i mindre grad eller slet ikke at få hjælp til disse problemer, heraf 79 pct. af dem, der modtager ad hoc-samtaler.

10 pct. af brugerne er uden egen bolig, og 34 pct. angiver at have brug for hjælp med bolig. 61 pct. angiver i mindre grad eller slet ikke at få hjælp til at løse problemer med bolig.

En del af behovet for støtte og hjælp til en række psykiske, fysiske og sociale problemer retter sig mod forhold og aktører uden for misbrugsbehandlingssystemet, som burde varetages af den øvrige sociale indsats i kommunerne og i det psykiatriske behandlingssystem.

23 pct. af brugerne har ikke mødt eller kender ikke deres kommunale sagsbehandler. 62 pct. har ikke haft møder med deres sagsbehandler inden for de sidste 2 måneder. 39 pct. af brugerne angiver, at de er 'utilfredse' eller 'meget utilfredse' med deres kommunale sagsbehandlere.

BRUGERNE ER GENERELT TILFREDSE, MEN ØNSKER MERE BEHANDLING

Hovedparten af brugerne giver udtryk for, at de er tilfredse med den behandling, de modtager. 73 pct. er tilfredse, men 16 pct. er meget utilfredse. Blandt dem, som modtager ad hoc-samtaler, er 64 pct. tilfredse, mens 22 pct. er utilfredse. Særligt blandt dem, der ikke modtager substitutionsbehandling, er der meget få (6 pct.), der er utilfredse med behandlingen, mens der er 19 pct., der er utilfredse blandt dem, som modtager substitutionsbehandling. 25 pct. af brugerne synes, at de modtager for få samtaler.

Der er således en modsætning mellem, at en forholdsvis høj andel af brugerne er tilfredse med behandlingen, samtidig med at de giver udtryk for, at de ikke i tilstrækkelig grad får dækket deres behov for støtte og hjælp. Navnlig for opiat-misbrugerne skal denne modsætning sandsynligvis fortolkes således, at mange brugere er glade for substitutionsbehandlingen, men at den ikke er nok, hvis den står alene, hvilket den ofte gør, ikke mindst for brugerne i ad hoc-gruppen.

BEHANDLERNE HAR BEHOV FOR EFTERUDDANNELSE

Undersøgelsen har afdækket udbredelsen af forskellige behandlingstilgange i behandlingssystemet. Den mest udbredte tilgang på behandlingsstederne er den kognitive tilgang (kognitiv adfærdsterapi), efterfulgt af henholdsvis de socialpædagogiske, løsningsfokuserede og systemiske tilgange. Resultaterne fra den internationale effektforskning peger generelt på, at den kognitive adfærdsterapi er en virksom tilgang i behandlingen af stofmisbrugere.

I behandlingssamtalerne berøres en lang række øvrige aspekter af misbrugernes liv, herunder også forhold vedrørende misbrugernes sociale situation, fx boligsituation og forsørgelsesgrundlag. Sammenholdt med at mange brugere får behandlingssamtaler forholdsvis sjældent, og at samtalerne ofte er af kort varighed, kan der sættes spørgsmålstegn ved, om det er muligt at realisere et terapeutisk indhold i behandlingen for en betydelig del af brugergruppen. Det forhold, at mange brugere ønsker psykologbehandling, indikerer i hvert fald, at en del brugere ønsker et mere terapeutisk islæt i behandlingen. Det er i den forbindelse tankevækkende, at kun 7 pct. af det samlede antal behandlingstimer er sat af til psykologer/psykiatere.

Hovedparten af behandlingspersonalet har en faglig baggrund som socialpædagoger, socialrådgivere eller sygeplejersker. Undersøgelsen peger på et generelt behov for en fortsat styrkelse af personalets uddannelsesmæssige baggrund. Da mange af brugerne har psykiske problemer, bør personalet især udrustes bedre til at håndtere denne gruppe.

BEHANDLINGSINTENSITETEN ER LAV FOR BRUGERE I SUBSTITUTIONSBEHANDLING

Undersøgelsen peger på, at skadesreduktionsprincippet generelt er blevet implementeret som et grundlæggende princip i den danske stofmisbrugsbehandling. Det indebærer, at behandlingsmålsætningen i vid udstrækning tilrettelægges ud fra et samspil mellem brugerens ønsker og behandlernes faglige vurderinger af, om behandlingen bør baseres på en målsætning om stoffrihed, eller, for opiat-misbrugernes vedkommende, på en målsætning om stabilisering af livssituationen gennem substitutionsbehandling.

Undersøgelsen af omfanget og indholdet af den sociale behandling giver grund til at være opmærksom på, om en uintenderet konsekvens af implementeringen af skadesreduktionsprincippet er, at der er opstået en todeling af behandlingssystemet – i en del, hvor målsætningen er at opnå stoffrihed, og hvor brugerne modtager behandling af en forholdsvis høj intensitet, og i en anden del, hvor målsætningen er skadesreduktion, og hvor brugerne kun i begrænset omfang modtager social behandling. Det er især brugere i langvarig substitutionsbehandling, der får en meget begrænset behandling ud over den medicinske. Det er vigtigt at være opmærksom på, at en del af disse brugere ikke ønsker mere

social behandling. Der er dog stadig en stor andel, som ønsker og har behov for en mere intensiv social behandling.

FORSKELLIGE VISITATIONSSYSTEMER I KOMMUNERNE

Undersøgelsen belyser indretningen af de kommunale visitationssystemer, efter at ansvaret for stofmisbrugsbehandlingen overgik til kommunerne i forbindelse med kommunalreformen i 2007. Undersøgelsen peger på, at visitationssystemerne er bygget op på vidt forskellige måder i de enkelte kommuner. Væsentlige parametre er, om der er tale om kommuner, der selv udfører misbrugsbehandling, eller 'bestiller-kommuner', der køber misbrugsbehandling af andre udbydere, om visitationen er henlagt til misbrugscentre eller foregår i kommunale myndighedsafdelinger, og om der er forskellig visitationspraksis i forhold til fx døgnbehandling og ambulant behandling.

Der er både i kommunerne og på behandlingsstederne en generel opslutning til, at behandlingsmålsætningerne og behandlingsindholdet bør fastlægges individuelt. Der er dog også kommuner, hvor der i højere grad udtrykkes præferencer for, at fx stoffrihed foretrækkes frem for substitutionsbehandling, eller at ambulant behandling foretrækkes frem for døgnbehandling eller omvendt. Analysen af de kommunale visitationssystemer viser, at sådanne præferencer også kan spille ind på tilrettelæggelsen af visitationen. Der er således grund til at være opmærksom på, i hvilken grad der opstår forskelle mellem kommunerne, som relaterer sig til normative orienteringer, fx i forhold til stoffrihed eller skadesreduktion.

BEHOV FOR MERE TVÆRGÅENDE SAMARBEJDE OG KOORDINATION

Det forhold, at en betydelig del af misbrugerne oplever at have omfattende psykiske, fysiske og sociale problemer, som de ikke oplever at få tilstrækkelig hjælp til, peger på et fortsat behov for at styrke den helhedsorienterede indsats for stofmisbrugerne. Undersøgelsen har belyst samarbejdet mellem misbrugsbehandlingen og øvrige aktører, der er involveret i den sociale og behandlingsmæssige indsats over for stofmisbrugerne.

Undersøgelsen viser, at der generelt er et godt samarbejde mellem døgnbehandlingsstederne og de kommunale behandlingssteder.

Samarbejdet mellem misbrugsbehandlingsstederne og de kommunale socialafdelinger og kriminalforsorgen opleves også generelt positivt. Både i kommunerne og på behandlingsstederne peges der på, at overgangen af behandlingsansvaret til kommunerne giver mulighed for et tættere samarbejde med de kommunale socialafdelinger. I forhold til samarbejdet med jobcentrene peger undersøgelsen på, at jobcentrene ikke altid tager tilstrækkeligt hensyn til misbrugernes sociale situation og begrænsede ressourcer, fx i tilrettelæggelsen af aktiveringsforløb. Der er særligt behov for en tilstrækkelig opmærksomhed på, at misbrugernes situation kan svinge kraftigt fra uge til uge og fra dag til dag.

Der peges særligt på vanskeligheder i samarbejdet med det psykiatriske behandlingssystem i forhold til de psykisk syge misbruges behandlingssituation. Undersøgelsen viser, at der opleves betydelige vanskeligheder ved at tilgodese de psykisk syge misbruges behandlingsbehov, både i det psykiatriske system og i misbrugsbehandlingen. Det kan ses i forhold til, at behandlingsansvaret for de psykisk syge misbruges psykiatriske behandling ifølge psykiatriaftalen fra 2003 påhviler psykiatrien. Der meldes imidlertid om problemer med mangel på specialiserede tilbud til de psykisk syge misbrugere og på ventelisteproblematikker i psykiatrien.

Undersøgelsen peger på, at der er et behov for en øget brug af psykologiske/psykiatriske udredninger på området med henblik på at afdække, hvilke brugere der har brug for psykiatrisk behandling, og hvilke brugere der har øvrige behandlingskrævende psykologiske problematikker.

BRUGERNE EFTERSPØRGER EN MERE OPSØGENDE INDSATS

Undersøgelsen peger på vigtigheden af, at behandlingen rummer et opsøgende element, fx i forbindelse med udeblivelser fra behandlingen. Navnlig de svageste misbrugere kan have svært ved at benytte det eksisterende behandlingssystem. Det gælder særligt de psykisk syge misbrugere. Der er også behov for at styrke indsatsen omkring udslusning, både i forbindelse med overgang fra døgnbehandling til ambulant behandling og ved afslutning af behandling. Her kan der peges på muligheden for at udvikle mere opsøgende, udgående og fleksible støttetilbud som fx tværfaglige, udgående behandlingsteams, der kan give mulighed for at tilbyde mere individualiserede former for social og psykologisk støtte til de grupper, som har vanskeligt ved at benytte de eksisterende tilbud.

1.013 BRUGERE ER BLEVET SPURGT

Undersøgelsen bygger på en triangulering af undersøgelsesmetoder og datakilder. I nærværende rapport sammenstilles resultaterne fra de forskellige delanalyser i en samlet analyse af omfanget og karakteren af den sociale stofmisbrugsbehandling.

Undersøgelsens empiriske grundlag består af spørgeskemaundersøgelser, kvalitative interview og journalmateriale. Der er gennemført spørgeskemainterview med 1.013 nuværende brugere i behandling fordelt på 56 behandlingssteder i hele landet. Der er også gennemført interview med 1.279 brugere, der var indskrevet i behandling i 2006. Der er gennemført interview med 315 pårørende til nuværende brugere i behandling. Endelig er der gennemgået 470 brugerjournaler. Der er også foretaget spørgeskemaundersøgelser med behandlingsledere, kommunale myndighedspersoner og visitatorer i stofmisbrugsbehandlingen. Der er gennemført kvalitative interview med brugere, pårørende, behandlingsledere, kommunale myndighedspersoner, visitatorer og frivillige organisationer.

INDLEDNING

Dette er hovedrapporten i en undersøgelse af den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark. I rapporten foretager vi en tværgående og sammenfattende analyse af en række forhold og aspekter ved den sociale stofmisbrugsbehandling.

I undersøgelsen belyser vi omfanget og karakteren af behandlingsydelser i den sociale stofmisbrugsbehandling. Vi afdækker, hvad den sociale stofmisbrugsbehandling indeholder, og hvilke behandlingsydelser brugerne modtager. Vi undersøger, hvilke behandlingstilgange og metoder der anvendes i behandlingen, og hvad der kendetegner brugernes behandlingssamtaler og kontakten mellem brugerne og behandlingssystemet. Vi undersøger desuden, hvordan en række institutionelle karakteristika og opfattelser af misbrug og misbrugsbehandling hænger sammen med udformningen af den sociale behandling.

Undersøgelsen afdækker også samspillet mellem den sociale misbrugsbehandling og den øvrige sociale og behandlingsmæssige indsats for de brugere, der modtager social stofmisbrugsbehandling, ligesom den belyser, i hvilket omfang brugere modtager en helhedsorienteret indsats, hvordan samarbejdet fungerer mellem aktører, der er involveret i indsatsen, og hvilke barrierer der er for at etablere en helhed i den sociale indsats for brugerne.

Undersøgelsen belyser også organisatoriske aspekter af den sociale behandling, efter kommunerne har overtaget ansvaret for den sociale

misbrugsbehandling i 2007. Den belyser nærmere bestemt, hvilke behandlingsydelser kommunerne tilbyder hos forskellige leverandører, hvilke visitations- og sagsbehandlingsprocedurer der er opbygget i kommunerne, og hvilken variation der er i disse procedurer.

Undersøgelsen belyser endvidere arbejdet med at kvalitetsudvikle den sociale misbrugsbehandling. Vi undersøger, hvad kvalitet i behandlingen består i, hvilke barrierer der er for at give behandling af en god kvalitet, og hvilken rolle brugen af kommunale kvalitetsstandarder spiller for udviklingen af kvaliteten i behandlingen.

Alle disse aspekter af den sociale stofmisbrugsbehandling er blevet belyst i seks baggrundsrapporter, der uddyber de temaer, der belyses i hovedrapporten. De seks baggrundsrapporter udgør dokumentationen for nærværende hovedrapport.

De seks delrapporter i serien omhandler følgende:

- Delrapport 1 belyser de frivillige organisationers syn på den sociale stofmisbrugsbehandling og opfattelse af deres rolle i den sammenhæng.
- Delrapport 2 omhandler henholdsvis brugernes og de pårørendes erfaringer, ønsker og holdninger til den sociale stofmisbrugsbehandling.
- Delrapport 3 kortlægger behandlingstilbud og metoder i den sociale behandling.
- Delrapport 4 beskriver kommunale myndigheders arbejde med at kvalitetsudvikle den sociale stofmisbrugsbehandling.
- Delrapport 5 belyser sagsbehandlingsprocessen, herunder udredning og visitation samt brugerinddragelse.
- Delrapport 6 afdækker, hvilken situation brugere af behandlingssystemet i 2006 befinder sig i 2-3 år efter i 2008/2009, og om der kan observeres nogle sammenhænge mellem behandlingstilbuddenes karakter og brugernes senere livssituation.

Delrapporterne belyser forskellige aspekter af den sociale stofmisbrugsbehandling og afdækker samtidig disse aspekter ud fra forskellige aktørperspektiver. Den sociale stofmisbrugsbehandling belyser vi i undersøgelsen ud fra både brugernes, de pårørendes, behandlingssystemets og de offentlige myndigheders perspektiv. Endvidere inddrager vi de frivillige sociale organisationers perspektiver på den sociale stofmisbrugsbehand-

ling. I nærværende hovedrapport sammenstiller vi disse forskellige aktørsperspektiver i en samlet analyse af den sociale stofmisbrugsbehandling. Analysen bygger således på en triangulering af en række undersøgelsesmetoder og empiriske datakilder.

Der er gennemført spørgeskemaundersøgelser blandt henholdsvis nuværende brugere i behandlingssystemet og brugere, der var indskrevet i behandlingssystemet i 2006. Der er interviewet 1.013 nuværende brugere og 1.279 brugere, der var indskrevet i behandlingssystemet i 2006. Interviewene til de nuværende brugere er rettet mod at belyse forhold omkring brugernes aktuelle behandling, herunder omfanget og intensiteten af behandlingsyndelserne, og hvilke målsætninger behandlingen er baseret på. Interviewene med de tidligere brugere er derimod primært rettet mod at belyse, hvilke resultater der opnås med behandlingen. Her ser vi på brugernes nuværende brug af illegale stoffer og på deres øvrige livssituation.

Der er gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt pårørende til de nuværende brugere, der har givet samtykke til interview med deres pårørende. 315 pårørende er interviewet.

Der er endvidere gennemført spørgeskemaundersøgelser blandt henholdsvis behandlingsledere, kommunale myndighedspersoner og visitatorer. Ydermere er der foretaget en journalundersøgelse af brugerjournaler på udvalgte behandlingssteder.² Endelig er der gennemført kvalitative interview med brugere, pårørende, behandlingsledere, kommunale myndighedspersoner, visitatorer og repræsentanter for de frivillige organisationer.

RAPPORTENS OPBYGNING

Analysen tager udgangspunkt i en teoriramme, som vi afgrænser i kapitel 2. I kapitlet diskuterer vi centrale teoretiske problemstillinger, ligesom vi foretager en begrebsafklaring af, hvad der forstås ved social stofmisbrugsbehandling. Derudover diskuterer vi den fremherskende skillelinje

2. Denne delundersøgelse bygger videre på en undersøgelse foretaget af Andersen & Järvinen (2009) af brugerjournaler på københavnske behandlingsinstitutioner gennemført under SPV-puljen (Det Strategiske Program for Velfærdsforskning) under det daværende Socialministerium. Datamaterialet fra denne undersøgelse er efterfølgende integreret med datamaterialet fra nærværende undersøgelse og indgår således også i undersøgelsens empiriske grundlag.

mellem stoffrihed og skadesreduktion i den internationale litteratur på området i forhold til implementeringen af skadesreduktionsprincippet i det danske behandlingssystem. Endelig diskuterer vi centrale problematikker i forhold til anvendelsen af forskellige behandlingsmetoder og princippet om brugerinddragelse.

I kapitel 3 gennemgår vi konturerne af stofmisbrugsbehandlingen i omkringliggende lande set i forhold til det danske system, ligesom vi gennemgår centrale resultater fra den internationale effektforskning på stofmisbrugsområdet.

I kapitel 4 gennemgår vi undersøgelsens metodiske og empiriske grundlag.

I kapitel 5 afdækker vi indholdet i den sociale stofmisbrugsbehandling, herunder hvilke forskellige indsatser og behandlingsintensiteter brugerne modtager, og hvilke ønsker brugerne har til deres behandling.

I kapitel 6 afdækker vi en række institutionelle karakteristika omkring behandlingssystemet, herunder forholdet mellem antallet af brugere og behandlere samt behandlingspersonalets faglige sammensætning.

I kapitel 7 sætter vi fokus på behandlingsmetoder og terapeutiske orienteringer i behandlingen. Desuden undersøger vi, hvilke normative orienteringer mellem stoffrihed eller skadesreduktion der gør sig gældende i behandlingssystemet.

I kapitel 8 sætter vi nærmere fokus på behandlingssamtalernes indhold og karakter. Vi belyser samtalernes hyppighed og omfang og afdækker, hvilke emner der berøres i behandlingssamtalerne. Desuden belyser vi forhold omkring behandlingens tilgængelighed og de strategier og praktikker, som anvendes i kontakten mellem brugere og behandlere.

I kapitel 9 belyser vi omfanget af brugerinddragelse og afdækker, i hvilket omfang brugerne oplever, at deres ønsker og behov imødekommes i behandlingssystemet, og i hvilken grad brugerne er tilfredse med behandlingen.

I kapitel 10 sætter vi fokus på den helhedsorienterede indsats, herunder omfanget af brugernes øvrige psykiske, fysiske og sociale problemer, og i hvilket omfang brugerne oplever at få hjælp til disse problemer, og der ses på sammenhængen mellem den sociale stofmisbrugsbehandling og øvrige sociale indsatser for brugerne af den sociale stofmisbrugsbehandling.

I kapitel 11 undersøger vi inddragelsen af de pårørende i behandlingssystemet og de pårørendes opfattelse af behandlingen og deres behov for støtte og information.

I kapitel 12 sætter vi fokus på behandlingens resultater, som vi belyser gennem surveyen til brugere, der var indskrevet i behandlingssystemet i 2006. Brugernes nuværende situation belyser vi med særligt fokus på brugernes aktuelle stofsituation, herunder deres brug af illegale stoffer. Vi belyser også brugernes livssituation på en række øvrige parametre.

I kapitlerne 13-16 sætter vi fokus på en række organisatoriske aspekter af behandlingssystemet. I kapitel 13 afdækker vi kommunernes udbud af social stofmisbrugsbehandling efter overgangen til kommunalt myndighedsansvar for behandlingen med strukturreformen. Vi belyser, i hvilket omfang kommunerne selv udfører social stofmisbrugsbehandling eller benytter eksterne leverandører, herunder ydelser fra andre kommuner, samt regionale eller private leverandører.

I kapitel 14 belyser vi de kommunale visitationssystemer til den sociale stofmisbrugsbehandling. Vi ser også nærmere på de udredningsprocedurer og redskaber, der benyttes i udredningen. Vi belyser også brugernes kontakt med deres kommunale sagsbehandler samt forekomsten af sociale handleplaner.

I kapitel 15 belyser vi samarbejdsrelationer mellem forskellige aktører på området, herunder mellem misbrugsbehandlingscentre og de øvrige aktører, der er involveret i den sociale indsats for brugergruppen.

I kapitel 16 sætter vi fokus på kvalitetsudvikling af behandlingen. Vi belyser brugen af monitoreringssystemer og udformningen af kommunale kvalitetsstandarder, ligesom vi belyser, hvilke aspekter kommuner og behandlingsledere finder det vigtigt at fokusere på i arbejdet med at kvalitetsudvikle den sociale stofmisbrugsbehandling.

I kapitel 17 foretager vi en sammenfattende diskussion. I kapitlet opsummerer vi en række karakteristika omkring den sociale stofmisbrugsbehandling og diskuterer analysens resultater i forhold til undersøgelsens teoretiske udgangspunkt.

I kapitel 18 opstiller vi på baggrund af analysen 23 anbefalinger med henblik på kvalitetsudvikling af den sociale stofmisbrugsbehandling. Anbefalingerne begrundes og uddyber vi i lyset af analysens resultater.

TEORETISK FOKUS

I dette kapitel redegør vi for undersøgelsens teoretiske og analytiske udgangspunkt. Særligt har vi fokus på tidligere forskning vedrørende principper og strategier på stofmisbrugsområdet – såkaldt policy-forskning, dvs. forskning i underliggende modeller for indsatsen. Vi ser på integrationen af skadesreduktionsprincippet i behandlingssystemet, ligesom vi skitserer baggrunden og betydningen af dette princip. Vi afrunder kapitlet med en begrebsafklaring vedrørende social stofmisbrugsbehandling.

SKADESREDUKTION ELLER STOFFRIHED

Hovedparten af stofmisbrugsbehandlingen i Danmark hviler på det såkaldte skadesreduktionsprincip (Laursen, 1995; Asmussen & Dahl, 2002; Houborg, 2006). Dette gælder specielt for opiat-misbrugere, hvor metadonbehandling i kombination med en social behandlingsindsats er den dominerende behandlingsform. Skadesreduktionsprincippet er imidlertid også vigtigt i relation til behandlingen af andre misbrugsformer end opiat-misbrug.

I den internationale forskningslitteratur er skadesreduktion en betegnelse for behandling og politikker, som sigter mod at reducere de sundhedsmæssige, psykiske, sociale og økonomiske skader som følge af

stofmisbrug uden nødvendigvis at insistere på stoffrihed (Riley et al., 1999). Med stoffrihed menes der, at misbrugerne hverken tager illegale rusmidler eller substitutionsmedicin. Målsætningen for skadesreducerende tiltag er ofte, at den enkelte opnår kontrol med sit misbrug og undgår yderligere social deroute. Baggrunden for skadesreduktionsprincippet er den erkendelse, at ikke alle stofmisbrugere kan eller vil opnå stoffrihed, og at målsætningen derfor må være at sikre disse personer livskvalitet på andre måder. Mens tidligere tiders behandling havde stoffrihed som målsætning for alle misbrugere, er idealet bag skadesreduktionsprincippet, at målsætningerne og behandlingsmetoderne skal tilpasses individuelt og under hensynstagen til den enkelte klients behov og ressourcer (Andersen & Järvinen, 2007).

I det danske behandlingssystem har tankerne omkring skadesreduktion rødder, der går flere årtier tilbage. Sidst i 1970'erne begyndte danske myndigheder at omtale en gruppe stofmisbrugere i behandlingssystemet, som man mente ikke kunne blive stoffri. Målsætningen for deres behandling skulle være fysisk restaurering og en vis stabilisering (Kontaktudvalget, 1979, omtalt i Winsløv, 1984; Alkohol- og Narkotikarådet, 1984).

I 1984 udkom en rapport fra Alkohol- og Narkotikarådet med titlen *At møde mennesket hvor det er*. Begrebet skadesreduktion bruges ikke i rapporten, men det er det skadesreducerende princip, som beskrives. Alkohol- og Narkotikarådet beskriver princippet således:

Misbrugere, der ikke umiddelbart føler behov for ophør med misbruget – eller som ikke er i stand hertil på et givet tidspunkt – bør ikke falde uden for behandlingssystemets hjælpemuligheder. Behandlingstilbuddene skal derfor ikke ensidigt sigte på at ”helbrede” misbruget, men også kunne tilbyde rehabiliterende foranstaltninger, mens misbruget pågår (Alkohol- og Narkotikarådet, 1984: 188).

Rådet anbefaler, at man ”opgiver det hidtidige krav om stoffrihed som en betingelse for hjælp” og i stedet arbejder med ”graduerede målsætninger” for behandlingen (ibid.: 196). Både principper og formuleringer fra 1984-rapporten kan genfindes i dagens danske narkotikapolitik og stofmisbrugsbehandling. Graduerede mål er fx en formulering, man kan genfinde i regeringens seneste narkotikapolitiske handlingsplan.

Regeringens nuværende handlingsplan slår fast, at skadereduktion er og bliver en integreret del af dansk stofmisbrugsbehandling (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2003: Præmis 11 og 81). Forskellige former for skadesreducerende tiltag er også indført i en lang række europæiske lande (Asmussen & Dahl, 2002; Laursen, 1995; Marlatt, 1996; Tammi, 2004; O'Hare, 1992).

Skadesreduktion er forholdsvist ukontroversielt i det danske behandlingssystem, hvilket kan gøre det svært at se det som et udtryk for en specifik politik på området. Det kan derfor være nyttigt at se på vores naboland Sverige, hvor forestillingen om skadesreduktion hverken er en integreret eller indlysende del af stofmisbrugsbehandlingen. I Sverige har begrebet skadesreduktion ifølge forskere næsten været bandlyst i den offentlige debat, og skadesreduktion har ingen plads i den svenske nationale handlingsplan på stofmisbrugsområdet (Tham, 2003; Fries, 2007; Regeringskanseliet, 2008). Baggrunden for den svenske politik har (som den danske) rødder årtier tilbage. I 1965 var der et mindre forsøg i Sverige, hvor nogle misbrugere fik lægeordnede stoffer som en del af deres behandling. Forsøget måtte nedlægges efter 2 år som følge af kritik af problemer med lækage af stofferne til det illegale marked, øget kriminalitet og dødsfald. Ifølge en doktorafhandling har dette forsøg i eftertiden fået stor symbolsk betydning som et eksempel på, hvad der kan ske, hvis man arbejder med mindre ambitiøse mål end absolut stoffrihed (Johnson, 2003: 106-108). Hverken skadesreduktion eller synonymer herfor bliver som sagt nævnt i den aktuelle nationale handlingsplan for stofmisbrugsområdet, og det overordnede mål for Sveriges narkotikapolitik er fortsat et narkotikafrit samfund. Stofmisbrugere kan dog få hjælp individuelt (herunder substitutionsbehandling) uden krav om stoffrihed, ligesom der er tilbud såsom sprøjtebytteordninger (Tham, 2003; Fries, 2007; Regeringskanseliet, 2008).

Sammenligningen mellem Danmark og Sverige understreger, at det ikke er indlysende, hvilke principper og strategier der danner grundlag for behandlingssystemet i et land, men i høj grad er et spørgsmål om politisk stillingtagen. Man kan ikke sige, at behandlingssystemet blot tilbyder den skadesreduktion, som brugerne har behov for, alene af den grund, at der kan være forskellige opfattelser af, hvad brugerne har brug for. Har de brug for at blive fastholdt på en målsætning om stoffrihed? Eller har de brug for tilbud om skadesreduktion, mens deres misbrug fortsætter? Trods det, at skadesreduktion ikke kommer til udtryk på

samme måde i alle lande, har skadesreduktion som begreb og fænomen på mange måder medført nytænkning og pluralisme på stofmisbrugsområdet, internationalt såvel som nationalt og regionalt. Skadesreduktion er imidlertid også forbundet med en række uafklarede spørgsmål – i den internationale litteratur om misbrug og behandling såvel som i dagens danske behandlingsvirkelighed. Det gælder bl.a. spørgsmålet om behandlingsmålsætninger.

BEHANDLINGSMÅLSÆTNINGER

Hvis stoffrihed ikke længere er målsætningen for alle misbrugere, hvilke målsætninger skal man så have i behandlingsarbejdet? Hvordan bliver skadesreduktionsprincippet målsætninger om at forhindre en social deroute operationaliseret ude på behandlingsinstitutionerne? Forskningen tyder på en kompleks virkelighed (for udenlandske analyser, se Koutroulis, 2000; McKeganey et al., 2004; McKeganey, 2005; for en beskrivelse af situationen i Danmark, se Järvinen, 2008).

Principielt kan man betragte skadesreduktion og stoffrihed som fuldt forenelige. Den amerikanske socialpsykolog G. Alan Marlatt definerer skadesreduktion som behandling, der anerkender stoffrihed som det ideelle mål, men arbejder med alternative målsætninger undervejs i udviklingen mod stoffrihed. Marlatt (1996; 1998) opstiller et kontinuum, som spænder fra stoffrihed i den positive ende af skalaen til højrisikostofmisbrug i den negative. I stedet for at opstille en dikotomisk målsætning (enten bruges illegalt stof, eller også bruges det ikke) implicerer skadesreduktionsperspektivet ifølge Marlatt, at man fokuserer på og tilskynder ethvert skridt i retning af mindre risikabel og skadende adfærd.

I *praksis* ser det imidlertid ud til, at der ofte er en relativt kategorisk skelnen mellem brugere og behandlingstilbud, der har henholdsvis stoffrihed og skadesreduktion som målsætning. Der er behandlingsinstitutioner, hvor man arbejder med stoffrihed som målsætning for alle misbrugere, og behandlingsinstitutioner, hvor man arbejder med skadesreduktion for alle brugere. En nyligt afsluttet undersøgelse af opiatmisbrugsbehandlingen i København viser, at behandlere på ambulante behandlingscentre kan være direkte modstandere af stoffrihed som mål, idet de mener, at behandling, som sigter mod at gøre brugeren stoffri, kan skade deres brugere (Andersen & Järvinen, 2009). Deres udgangs-

punkt er, at stoffrihed er en urealistisk målsætning for opiat-misbrugerne (med undtagelse af de alleryngste), og at forsøget på at opnå stoffrihed vil give brugerne nederlag samt øge risikoen for dødsfald, hvis (når) de får et tilbagefald til stoffer. Behandlerne er ligeledes skeptiske i forhold til nedtrapning af substitutionsmedicin, idet de vurderer, at det ofte resulterer i en øgning af sidemisbrug. Rationalet er, at det er bedre at være stabil på substitutionsmedicin end at gøre sig forsøg med at blive stoffri og/eller trappe ned på substitutionsmedicin. Når opiat-misbrugere ønsker stoffrihed/nedtrapning, forsøger behandlerne derfor i nogle tilfælde at tale dem fra det og anbefaler en målsætning om stabilisering i stedet (ibid.).

Baggrunden for, at det kan være svært at forene målsætninger om stoffrihed og skadesreduktion i praksis, er bl.a., at behandlere/institutioner altid vil have forestillinger om, hvem deres brugere er, og hvilke tilbud de har brug for. I dag er forestillingen om, at opiat-misbrugere er kroniske misbrugere med behov for skadesreduktionstilbud (herunder substitutionsmedicin) udbredt i det københavnske (danske) behandlingssystem (Andersen & Järvinen, 2007). Vanskeligheder med at forene målsætninger om stoffrihed og skadesreduktion er ikke kun fundet i en dansk kontekst. Den australske sociolog Glenda Koutroulis finder i en undersøgelse af behandlingssystemet i Melbourne de samme vanskeligheder: Det er ikke let at inkludere en målsætning om stoffrihed i en behandlingssammenhæng, som er præget af skadesreduktionsperspektivet, fordi mange skadesreduktionstilbud netop bygger på en forudsætning om, at stofmisbrug er en kronisk tilstand og dermed en skepsis/afstandtagen over for målsætninger om stoffrihed. Flere af de australske behandlere, som Koutroulis interviewede i sin undersøgelse, beskrev, at de stod i et dilemma, hvis brugerne formulerede en målsætning om stoffrihed. Ligesom de københavnske behandlere mente de australske, at stofmisbrugernes ønsker om stoffrihed ofte hænger sammen med aktuelle problemer (mangel på penge, vanskeligheder i personlige relationer, problemer med politiet osv.), hvorfor det er forventeligt, at klientens ønske om stoffrihed fordufter, når disse aktuelle problemer er løst. Ønskerne om stoffrihed er 'falske' eller i hvert fald baseret på nogle forkerte forudsætninger (de københavnske behandleres holdninger på dette område er analyseret i Andersen, 2007). Koutroulis beskriver dilemmaet således:

There is a tension concerning what the client says he or she is going to do (abstain), what the clinician anticipates the client will do (not abstain), and the provision of harm reduction prevention (Koutroulis, 2000: 7).

På trods af forskellene mellem den måde, skadesreduktion praktiseres på i henholdsvis en australsk og en dansk behandlingskontekst, finder Koutroulis og den københavnske undersøgelse dermed det samme paradoks, når det gælder forholdet mellem skadesreduktion og stoffrihed:

In theory, harm reduction offers choices about drug use (abstinence or continued use). In practice, balancing harm-reduction messages with abstinence proved to be difficult (ibid: 15).

Et centralt formål med den foreliggende undersøgelse er på den baggrund at udrede behandlingsmålsætningerne på flere forskellige niveauer. I undersøgelsen belyser vi, hvilke behandlingsmålsætninger der gør sig gældende, og om der er forskelle mellem forskellige klientkategorier. Vi ser desuden på, om der er forskelle på målsætninger på forskellige niveauer, fx hvilke målsætninger der opereres med på kommunalt niveau og på institutionsniveau: Hvilke målsætninger foretrækker brugerne på behandlingsstederne og de pårørende? Er der uoverensstemmelse mellem målsætningerne på de forskellige niveauer, således at fx de pårørende – og en del brugere – ønsker stoffrihed som mål, mens en stor del af behandlingsinstitutionerne har opgivet denne målsætning? (se også McKeganey et al., 2004; Rosenberg & Melville, 2005; Shippers & Nelissen, 2006).

BEHANDLINGENS FOKUS OG METODER

Et andet centralt fokus i undersøgelsen handler om den sociale misbrugsbehandlings tilgange og metoder (se Carrol & Rounsaville, 2007; Duckert, 2007; Miller, 2007). I den internationale forskningslitteratur skelnes på den ene side mellem tilbud, som fokuserer på misbrugerens problemer med stoffer og årsagerne til disse problemer (den såkaldte ætiologitilgang), og på den anden side tilbud, som fokuserer på misbrugsgets konsekvenser (konsekvenstilgangen) (Bergeron & Kopp, 2002).

Mens ætiologitilgangen ofte er kombineret med psykologiske, psykiatriske og pædagogiske arbejdsmetoder, bygger konsekvenstilgangen typisk på en indsats, der kombinerer medicinsk substitutionsbehandling og sagsbehandlerstøtte (Järvinen, 2008).

Et formål med den foreliggende undersøgelse er at kortlægge arbejdsmetoderne i stofmisbrugsbehandlingen, da disse stort set er ubeskrevne i tidligere forskning (jf. Miller, 2007). I hvilke tilbud og i forhold til hvilke klientkategorier dominerer den ætiologiske (terapeutiske) tilgang, og i hvilke tilbud dominerer konsekvenstilgangen, og hvilke konkrete behandlingsmetoder er de to tilgange forbundet med?

Et centralt fokus i undersøgelsen er, hvordan det sociale behandlingsarbejdes fokus og metoder bliver beskrevet på kommunalt niveau og på behandlingsstederne, og om der er overensstemmelse mellem 'systemets' og de professionelles beskrivelse af behandlingsarbejdets fokus og de behov og forventninger til hjælp og støtte, som brugerne og de pårørende giver udtryk for.

I den forbindelse er det vigtigt også at have fokus på samspillet mellem den sociale behandlingsindsats og den øvrige sociale indsats, som brugerne modtager. Det gælder fx indsatser i forhold til en række øvrige sociale problemer, fx forhold omkring bolig, beskæftigelse og forsørgelse, børn, kriminalitet, samt brugerens sociale relationer og netværk. Undersøgelsen sætter her fokus på samspillet mellem den sociale stofmisbrugsbehandling og den øvrige sociale indsats i kommunerne, og afdækker, i hvilket omfang der opnås en helhedsorienteret indsats for brugerne. I den forbindelse belyser vi også udslusningen fra behandlingssystemet, og hvilken social støtte brugerne modtager i forbindelse med kritiske overgange, fx i forbindelse med afslutning af døgnbehandling eller ved endt behandling. Her afdækker vi også, hvad øvrige aktører uden for det offentlige behandlingssystem og det sociale system bidrager med. Herunder ser vi på de frivillige organisationers rolle i forhold til indsatsen for socialt udsatte stofmisbrugere.

BRUGERINDDRAGELSE OG SELVBESTEMMELSE

En yderligere udfordring i det sociale behandlingsarbejde handler om brugerinddragelse og selvbestemmelse. Skadesreduktionsprincippet hviler på princippet om brugernes selvbestemmelse og valgfrihed (En-

gelsman, 1989; Marlatt, 1996; Roe, 2005). Mens tidligere tiders behandlingsarbejde ofte beskrives som 'formynderisk' og 'omklamrende', ønsker man i dag at udvikle arbejdsformer, som inddrager brugerne som ansvarlige for deres eget liv. Samtidig bliver brugerne imidlertid ofte betragtet som kronisk afhængige af stoffer og som ude af stand til at planlægge rationelt og overholde aftaler (se Bjerger, 2004; Buus, 2006; Järvinen 2008). Det sociale behandlingsarbejde med misbrugere er dermed præget af et gennemgribende skisma: Brugerne betragtes på én gang som ansvarlige og som uansvarlige, som frit vælgende og som ufrie (Andersen, 2007). Dilemmaet omkring autonomi og afhængighed leder til følgende spørgsmål: Hvordan kan man sikre balancen mellem på den ene side brugerens selvbestemmelsesret – herunder retten til at leve et 'kaotisk' liv – og på den anden side målsætningen om at minimere stofmisbrugets skadevirkninger? Kan man forvente, at de mest udsatte misbrugere kan tage ansvar for deres eget liv, og hvad gør man i situationer, hvor de åbenlyst ikke kan det (jf. Wild, 2000)?

I forhold til brugerinddragelse og brugerindflydelse kan der sondres mellem tre niveauer. Der er inddragelse af brugerne i forhold til indhold og målsætninger for brugerens egen behandling. Der er brugerindflydelse på institutionsniveau, fx i form af brugerråd og indflydelse på organisatoriske forhold på behandlingsstederne. Endelig er der brugerindflydelse på politisk niveau i forhold til udformning af politikker og indsatser på området. I denne rapport ser vi på brugerinddragelse på de to første områder, nemlig i forhold til den behandling, brugerne modtager og brugernes indflydelse på behandlingsstederne. Hovedvægten lægges dog på brugernes inddragelse i forhold til deres egen behandling.

Vi ser her på brugernes oplevelse af inddragelse og indflydelse på behandlingens indhold og målsætninger, på brugernes oplevelse af lydhørhed og tilfredshed, og på hvordan den sociale behandling tilrettelægges i forhold til brugernes ønsker og behov. Vi ser også på, hvilke behandlingsstrategier der kan identificeres på behandlingsstederne, fx om behandlingen er opsøgende, omsorgsorienteret, eller om der lægges vægt på motivation og forandringsorientering, og hvordan disse strategier stiller sig i forhold til de behov, brugerne giver udtryk for.

STOFMISBRUGSBEHANDLING I DANMARK - BEGREBSAFKLARING

Den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark udgør et bredt felt. Indsatserne på området skal dække en sammensat målgruppe, der udgøres af så forskelligartede brugere som opiat-afhængige³ med massive sociale problemer; psykisk sårbare brugere, hvis misbrug i vid udstrækning er funderet i en form for selvmedicinering; relativt velfungerende unge med et problebrug af hash eller erhvervsaktive med et eskalerende misbrug af kokain og lignende centralstimulerende stoffer. Ligeledes er opgaverne, der varetages i det sociale behandlingssystem, mangfoldige og omfatter bl.a. forebyggelsestiltag, udredning og visitation, forbehandling, motivationsarbejde, behandling, omsorg, støtte og kontakt, aktivering og rådgivning, efterbehandling og udslusning samt planlægning og organisation. Et behandlingssystem, der skal rumme og tage hånd om så forskelligartede brugere, behov og opgaver, er nødt til at være meget bredspektret i sine tilbud.

Mens man med begrebet 'behandling' tidligere refererede til terapeutiske og pædagogiske tilbud målrettet stoffrihed, så kan det være mindre indlysende, hvad begrebet behandling står for, når stoffrihed ikke nødvendigvis er det umiddelbare mål for behandlingen (jf. Pedersen & Nielsen, 2007). Specielt vanskeligt er begrebet 'social misbrugsbehandling'. Skal fx ordinær sagsbehandling (i forhold til økonomi, bolig osv.) defineres som social misbrugsbehandling? Og skal aktivering, væresteder, kurser osv., som misbrugere bliver visiteret til, betragtes som social misbrugsbehandling? Samtlige af disse indsatsformer harmonerer i princippet med et skadesreduktionsperspektiv, hvor målet netop er at afbøde sociale skadevirkninger, men giver det mening at kalde dem misbrugsbehandling?

Grundlaget for stofmisbrugsbehandlingen i Danmark kan i dag siges at udgøres af to dele: Der er dels det *institutionelle grundlag*, som har taget en ny form med udlægningen af stofmisbrugsbehandlingen til kommunerne i forbindelse med kommunalreformen, der trådte i kraft 1. januar 2007. Dels er der det *formelle grundlag*, som udgøres af love og retningslinjer på behandlingsområdet, herunder behandlingsgarantien.

3. Opiater/opioider er en fællesbetegnelse for stoffer som heroin, morfin, ketogan og lignende.

I Danmark har man fra januar 2007 i forbindelse med kommunalreformen gennemført en gennemgribende omlægning af det organisatoriske landkort for rusmiddelområdet. Behandlingsindsatsen, der før lå hos amterne, er blevet decentraliseret og lagt ud til de 98 kommuner som en såkaldt 'kan-opgave'. Det betyder, at kommunerne kan vælge at varetage opgaven selv, eller de kan lade opgaven gå videre til regionerne. Langt størstedelen af kommunerne har valgt selv at overtage driften af misbrugsbehandlingen, og kun enkelte steder har man ladet opgaven overgå til regionen (Bjerger, 2005; Bjerger, 2007).

Selve organiseringen af misbrugsbehandlingen og strukturen for misbrugscentre er grebet forskelligt an i forskellige kommuner. For eksempel har man nogle steder etableret ét samlet behandlingscenter og andre steder etableret forskellige afdelinger, som kan være målrettet forskellige brugergrupper, eller som kan dække bestemte geografiske områder i kommunen. Det er ligeledes forskelligt, hvordan misbrugscentret er placeret i den kommunale struktur – om det fx er en selvstændig afdeling, eller om det er placeret under socialområdet eller sundhedsområdet.

De *institutionelle hovedaktører* i den sociale misbrugsbehandling i Danmark udgøres i dag af både offentlige og private instanser. Først og fremmest er der kommunerne og de kommunale misbrugscentre. Endvidere er der offentlige behandlings- og sundhedstilbud i både ambulant og døgnregi. Også Kriminalforsorgen udfylder i dag en betydningsfuld rolle i den offentlige misbrugsbehandling, ikke mindst efter indførelsen af behandlingsgaranti i fængsler fra januar 2007⁴. Sideløbende med den offentlige indsats findes desuden selvejende eller fondsejede behandlingsinstitutioner samt en række frivillige private organisationer og foreninger. I forskelligt omfang kan nogle af de offentlige opgaver være uddelegeret til frivillige organisationer eller andre private instanser.

Ligeledes indgår en række *medarbejdere* i behandlingssystemet. Der er tale om sagsbehandlere, misbrugskonsulenter, terapeuter, støttekontakt-personer mv. En rapport fra Center for Alternativ Samfundsanalyse (Henriksen & Hansen, 2003) har påvist, at det er kendetegnende for misbrugsområdet, at den enkelte medarbejder i højere grad identificerer sig med en faggruppe ud fra de *arbejdsfunktioner* og den *organisatoriske placering*, som vedkommende har, frem for at definere sin faglighed på baggrund af uddannelse og specialkompetencer.

4. Kriminalforsorgens behandlingstilbud indgår ikke i rapportens undersøgelsesfelt.

Kommunernes pligt til at tilbyde social stofmisbrugsbehandling er fastsat i Servicelovens § 101⁵. Denne beskriver også brugernes ret til frit valg mellem offentlige og private behandlingstilbud af tilsvarende karakter som det, de er visiteret til, og brugernes ret til at modtage behandling seneste 14 dage efter henvendelse til kommunen. Desuden definerer Sundhedsloven (§ 142) kommunernes pligt til at tilbyde medicinsk stofmisbrugsbehandling (medicinsk substitutionsbehandling af opiat-misbrugere). I denne undersøgelse belyser vi som udgangspunkt ikke den medicinske side af stofmisbrugsbehandlingen. Det bør dog tages i betragtning, at stofmisbrugsbehandling således både indeholder socialfaglige, sundhedsfaglige, terapeutiske og omsorgsmæssige elementer, og at behandlingen navnlig ud fra brugerens perspektiv må betragtes i sin helhed.

Hovedsigtet med den sociale stofmisbrugsbehandling er ud fra brugerens egne ressourcer at forhindre en yderligere funktionsnedsættelse og bibringe vedkommende en bedre social og personlig funktion med henblik på at højne livskvaliteten via en socialpædagogisk eller psykologisk funderet indsats⁶. Den overordnede målsætning for stofmisbrugsbehandlingen er stoffrihed, men for de brugere, hvor stoffrihed ikke er et realistisk mål på kortere eller længere sigt, arbejdes der også ud fra en målsætning om skadesreduktion. Misbrugere skal visiteres til et individuelt behandlingsforløb på baggrund af en faglig vurdering og med stor vægt på brugernes egne ønsker, og der skal udarbejdes en behandlingsplan over behandlingsforløbet. Den kommunale handleplan og behandlingsindsatsen skal koordineres med henblik på at tilvejebringe en sammenhængende og helhedsorienteret indsats.

I forbindelse med oprettelsen af Stofmisbrugsdatabasen har Servicestyrelsen defineret indholdet af den sociale stofmisbrugsbehandling som social behandling, som har som formål at tilendebringe eller reducere et stofmisbrug eller stabilisere en opnået tilstand. Aktiviteter såsom uddannelse, beskæftigelse, rekreative ydelser (fx væresteder) eller idræt er ikke defineret som behandling. Behandlingen inddeles i fem intensiteter: døgnbehandling (her bor brugeren på behandlingsstedet), dagbehandling (tre til fem gange om ugen i mere end 2 timer hver dag), ambulant dagbehandling (tre til fem gange om ugen i højest 2 timer), ambulant be-

5. LBK, nr. 979 af 01/10/2008.

6. Vejledning 4 til serviceloven: VEJ nr. 95 af 05/10/2006 (botilbudsvejledningen).

handling (mindst to gange om måneden og højest otte gange om måneden) og ad hoc-samtaler (under én samtale hver 14. dag). Ad hoc-samtaler stemmer dog ikke overens med behandlingsgarantiens intentioner, med mindre brugeren har været længere tid i behandling, og stabilisering er det umiddelbare mål for indsatsen.

I undersøgelsen af den sociale stofmisbrugsbehandling anvender vi disse definitioner med den ændring, at dagbehandling og ambulant dagbehandling samles under ét i kategorien dagbehandling.

Vi benytter i rapporten generelt betegnelsen 'brugere' om de borgere, der modtager social misbrugsbehandling på behandlingsstederne for stofmisbrug. Betegnelsen 'bruger' dækker altså over borgeres tilknytning til behandlingssystemet, mens betegnelsen 'misbruger' anvendes i forbindelse med brugernes misbrug af stoffer.

STOFMISBRUGSBEHANDLING I ET INTERNATIONALT PERSPEKTIV

Dette kapitel handler om stofmisbrugsbehandling i de omkringliggende lande. Første halvdel handler om, hvad der kendetegner stofmisbrugsbehandlingen i andre europæiske lande, med fokus på centrale ligheder og forskelle. Her ser vi særligt på stofmisbrugsbehandlingen i Norge, Sverige, Holland og Tyskland og kun i mindre omfang andre europæiske lande. Grunden til, at vi har udvalgt netop disse lande, er, at deres samfundsopbygning på mange måder minder om den danske, og at en sammenligning med stofmisbrugsbehandlingssystemerne i disse lande er mest relevant, set fra et dansk perspektiv. I anden del af kapitlet ser vi på, hvilke erfaringer man har gjort med effekter af forskellige former for stofmisbrugsbehandling internationalt og i Danmark.

STOFMISBRUGSBEHANDLING I EUROPA

I et større forskningsprojekt bestilt af EU-Kommissionen konkluderer forskerne, at det er vanskeligt at sammenligne behandlingssystemer på tværs af Europa:

With regard to the drug treatment situation, a main result is that it turned out to be impossible to give a clear and coherent pic-

ture on the treatment situation in the Member States and Norway (Centre for Interdisciplinary Addiction Research⁷, 2008: 15).

Forskerne forklarer, at når det kommer til at sammenligne behandlingssystemer, udgøres de primære vanskeligheder af manglen på fælles definitioner for stofmisbrugsbehandling og interventionstyper på tværs af europæiske lande. Manglen på fælles definitioner af, hvad stofmisbrugsbehandling er, og definitioner på forskellige typer interventioner medfører samtidig mangel på data, der kan sammenlignes, idet brugerstatistikker, nationale og regionale politikker/strategier samt andet materiale ikke baserer sig på sammenlignelige begreber og kontekster. I nogle tilfælde bruges samme begreb fx om forskellige fænomener og i andre tilfælde forskellige begreber om samme fænomen (ibid.).

Med en række forbehold mener forskerne imidlertid, at de er i stand til at sige noget om de helt overordnede strukturer og kendetegn ved stofmisbrugsbehandlingen i Europa. Stofmisbrugsbehandling varetages primært af offentlige myndigheder (nationale eller regionale) i de fleste europæiske lande. Undtagelserne er Finland, Tyskland, Holland og Luxembourg, hvor stofmisbrugsbehandling primært varetages af private udbydere. I majoriteten af de europæiske lande finansieres stofmisbrugsbehandlingen primært af det offentlige, men fra land til land er det afhængigt af, hvilken type intervention der er tale om. I nogle lande er der således nogle typer af interventioner, som betales privat, mens andre betales via det offentlige. Forsikringer via pensionskasser eller sundhedsforsikringer spiller også en større rolle i nogle lande, herunder Holland og Tyskland (ibid.).

I alle europæiske lande er det store flertal af brugere i stofmisbrugsbehandling i ambulant behandling (outpatient treatment) og en mindre del i døgnbehandling (inpatient treatment). I gruppen af brugere i ambulant behandling udgør brugere i medicinsk behandling (substitutionsbehandling) den største andel i de fleste europæiske lande, herunder Danmark. Undtagelserne er Tjekkiet, Ungarn, Polen og Slovakiet, hvor der er flere brugere i ambulant, stoffri behandling end i ambulant, medicinsk understøttet behandling, samt Sverige, Spanien, Rumænien og Slovenien, hvor der er nogenlunde lige mange brugere i ambulant, stoffri behandling og ambulant, medicinsk understøttet behandling.

7. Herefter CIAR.

Substitutionsbehandling som vedligeholdelsesbehandling er et meget anvendt tilbud til opiat-misbrugere i næsten alle europæiske lande. Metadon har været og er stadig de fleste steder den mest almindelige form for substitutionsbehandling, men buprenorphin er ved at vinde indpas i de fleste europæiske lande til fordel for metadon (ibid.).

I de fleste europæiske lande arbejder man nationalt eller regionalt med udvikling og implementering af kvalitetsstandarder, kvalitetssikringssystemer og/eller guidelines for god praksis inden for stofmisbrugsbehandling.

BEHANDLINGSSYSTEMER I OMKRINGLIGGENDE LANDE

I dette afsnit vil vi skitsere nogle af de centrale forskelle, der er mellem Danmark og en række nærliggende lande lidt nøjere. De lande vi vil se på, er Sverige, Norge, Tyskland og Holland.

Når det gælder udarbejdelse af politik og strategier i forhold til stofmisbrugsbehandling, har Danmark, Sverige, Tyskland og Norge det til fælles, at myndigheder på nationalt niveau har udarbejdet en national handleplan for stofmisbrugsbehandlingen i det pågældende land. De nationale handleplaner skitserer de overordnede målsætninger, principper og strategier for behandlingsindsatsen. Selve behandlingen varetages dog overvejende decentralt, hvorfor de lokale aktører spiller en vigtig rolle i udformning af de specifikke strategier for behandling. I Danmark og Sverige er det således kommunerne, der varetager stofmisbrugsbehandlingen, og de kan i vid udstrækning selv afgøre, hvordan stofmisbrugsbehandlingen skal tilrettelægges lokalt (under hensyntagen til den nationale lovgivning). Det betyder, at der kan være forskelle indbyrdes mellem kommuner i organisering, prioritering og strategier på stofmisbrugsbehandlingen (CIAR, 2008; Olsen, 2006). Den svenske socialstyrelse påpeger, at der er store variationer mellem de svenske kommuner, når det gælder tilgængelighed, personalesituation, ressourcer og arbejdsformer. For eksempel er ventelister til behandling (primært substitutionsbehandling) et problem i nogle kommuner, men ikke andre (Socialstyrelsen, 2007a og b; 2008a og b).

I Norge varetages selve stofmisbrugsbehandlingen også decentralt af kommunerne, men i 2004 blev ansvaret for stofmisbrugsbehandlingen flyttet fra amterne til en række statslige kompetencecentre, place-

ret regionalt. Reformen bliver beskrevet som en centralisering af stofmisbrugsbehandlingen (Skretting, 2006: 83). Der er syv stof- og alkoholkompetencecentre, der bl.a. har til opgave at formidle den nationale handleplan for stofmisbrugsbehandling og implementere den lokalt i kommunerne. Det gør kompetencecentrene ved at udvikle behandlingstilbuddene i samarbejde med beslutningstagere i kommunerne samt udanne og vejlede behandlere. Kompetencecentrene giver således mulighed for en mere central styring af og støtte til kommunernes behandlingsindsats (ibid.).

I Tyskland er det delstaterne, der har ansvaret for at implementere den nationale handleplan for stofmisbrugsbehandlingen. Det er på sin vis parallelt med strukturen i Danmark og Sverige, men decentraliseringen er mere udpræget i Tyskland. For eksempel har man i Tyskland ikke et nationalt organ, der kontinuerligt varetager opgaver med hensyn til at koordinere, regulere og følge op på den lokale behandling. Delstaterne i Tyskland har dog indgået en aftale omkring, hvilke minimumsstandarder der skal være for ambulante, regionale faciliteter i stofmisbrugsbehandlingen (ibid.).

I Holland er der til forskel fra de andre nævnte lande ingen decideret national handleplan, men man har en national narkotikapolitik med overordnede målsætninger for stofmisbrugsbehandlingen. Det er endvidere karakteristisk for Holland, at der udbydes mange forskellige former for stofmisbrugsbehandling, og indholdet i de forskellige behandlingstilbud fastsættes i vid udstrækning lokalt af regionale myndigheder eller private organisationer. Ligesom i Tyskland er der ikke nogen organisation, som er ansvarlig for koordinering af stofmisbrugsbehandlingen på nationalt niveau. Der er altså tale om en decentral struktur, hvor ansvaret for organisering af stofmisbrugsbehandlingen varetages på enten regionalt eller lokalt myndighedsniveau, eller hos ngo'er og private behandlingsudbydere (ibid.).

Når det gælder målsætninger i de nationale handleplaner, skiller Sverige sig ud på den måde, at det overordnede mål for den svenske handleplan på stofmisbrugsområdet er "et stoffrit samfund" (Regeringskanselliet, 2008). Til sammenligning skriver den danske regering i den nationale handleplan:

Det er indlysende, at et samfund helt fri for narkotikamisbrug ville være ønskeligt, men realistisk set må det betragtes som et

uopnåeligt mål (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2003: Præmis 1).

I modsætning til de andre lande indgår skadesreduktion heller ikke som en målsætning i den nationale handleplan i Sverige (Skretting, 2006: 73). Det beskrives nærmere i næste afsnit.

I forhold til strukturen er der flere overordnede forskelle mellem de nævnte lande. Blandt andet er det forskelligt, om man organiserer behandling af misbrug af illegale stoffer i en separat enhed, eller om behandlingen er målrettet afhængighed uden skelen til, om der er tale om afhængighed af illegale eller legale rusmidler (fx alkohol, medicin). I Danmark har alkohol- og stofmisbrugsbehandlingssystemer traditionelt været adskilt, men efter kommunerne overtog ansvaret for både alkohol- og stofmisbrugsbehandling forsøger nogle kommuner at integrere de to systemer (fx Københavns Kommune, jf. Københavns Kommune, 2008a, 2008b). I modsætning hertil er behandlingsindsatsen i fx Norge centralt tilrettelagt som en indsats over for misbrug af rusmidler generelt. Den generelle tilgang til afhængighed betyder, at der ikke er en adskillelse mellem indsatser over for forskellige rusmidler (alkohol, stoffer, medicin), og der er kun få specialiserede stofmisbrugstiltag. Det betyder også, at der ikke skelnes mellem brugere, der er afhængige af stoffer, og brugere, der er afhængige af alkohol i de nationale brugerstatistikker (CIAR, 2008: 351, 354).

I Holland er stofmisbrugsbehandlingen mange steder blevet integreret med behandlingssteder for psykisk syge. Integrationen beror dels på økonomiske incitament, dels på en vurdering af, at den vil kunne forbedre behandlingen af psykisk syge stofmisbrugere, idet de kan få et behandlingstilbud, som kombinerer eller integrerer stofmisbrugsbehandling og behandling for deres psykiske sygdom (ibid.: 346).

En anden central forskel handler om organiseringen af henholdsvis den stoffri og den medicinsk understøttede stofmisbrugsbehandling. I et europæisk perspektiv er Danmark kendetegnet ved at have en betydelig grad af adskillelse mellem substitutionsbehandling og stoffri behandling. Det står i modsætning til fx behandlingssystemet i Tyskland, hvor der ikke differentieres organisatorisk på samme måde, og hvor den begrebslige forskel mellem stoffri og substitutionsunderstøttet behandling ikke er særlig nyttig til at beskrive behandlingsindsatsen (ibid.: 285, 304).

Forskellene handler ikke kun om, hvordan systemerne er organiserede. Forskelle i nationale strategier medfører også forskelle i anvendelsen af forskellige behandlingstilbud. Døgnbehandling er fx organiseret på nogenlunde samme måde i Danmark og Norge, men anvendes forskelligt og i forskelligt omfang. I Danmark er den ambulante behandling langt det mest anvendte behandlingstilbud, og døgnbehandling beskrives som et supplement til den ambulante behandling, hvis der fx er behov for et miljøskifte (ibid.: 286). I 2007 var den gennemsnitlige indlæggelsestid i danske døgnbehandling 137 dage (Pedersen, 2009). I Norge bliver lange ophold i døgnbehandling beskrevet som et af de mest benyttede behandlingstilbud, og ophold på over 1 år og op mod 2 år er ikke usædvanligt (fx Ravndal et al., 2005: 181; CIAR, 2008: 352-353). Disse forskelle betyder, at døgnbehandlingssektoren har et væsentligt større omfang i Norge sammenlignet med Danmark. I Norge havde man i 2005 således 149 døgnbehandlingsenheder med tilsammen 3.670 sengepladser⁸ (CIAR, 2008: 353), mens man i Danmark havde 49 døgnbehandlingssteder (inkl. afgiftnings- og halvvejshuse), hvoraf de 39 tilsammen havde en kapacitet på 684 døgnbehandlingspladser (10 behandlingssteder opgiver ikke deres kapacitet, Center for Rusmiddelforskning, 2006: 309).

Anvendelsen af døgnbehandling er ligeledes større i Sverige end i Danmark. En opgørelse fra Sverige viser, at der i 2003 var 12 pct. af brugerne i stofmisbrugsbehandling i døgnbehandling på døgnbehandlingssteder for stofmisbrugere, og yderligere 2 pct. var i døgnbehandling på hospitaler. Sammenlagt var der altså 14 pct. i døgnbehandling (CIAR, 2008: 386). Døgnbehandling beskrives ifølge Skretting som den foretrukne behandlingsform til stofmisbrugere i 1990'erne, men forbruget er faldende. Baggrunden er primært de økonomiske omkostninger forbundet med døgnbehandling. I dag får de fleste stofmisbrugere i behandling i Sverige et ambulat tilbud ligesom i alle andre europæiske lande (Skretting, 2006: 79).

I Sverige bliver ufrivillig døgnbehandling anvendt til stofmisbrugere, og der er særlige institutioner indrettet til dette formål (Skretting, 2006: 79). I Danmark er der mulighed for at indgå kontrakter om ufrivillig tilbageholdelse i behandling, men muligheden bliver ikke benyttet, og

⁸ Man skelner i de norske brugerstatistikker ikke mellem alkohol- og stofmisbrugsbehandling. Med få undtagelser er de norske behandlingstilbud således rettet mod alle former for rusmiddelafhængighed.

som det beskrives i denne undersøgelse (delrapport 3), er der en skepsis blandt de fleste behandlingsledere over for denne praksis, idet det kompromitterer det frivillighedsprincip, som behandlingslederne mener, er grundlaget for god stofmisbrugsbehandling.

Mens Danmark har relativt få døgnbehandlingssteder, sammenlignet med Norge og Sverige, er der relativt mange behandlingssteder, der tilbyder substitutionsbehandling. I Norge opfattes stoffri behandling som det centrale tilbud til afhængige, og substitutionsbehandling varetages af et begrænset antal specialiserede enheder: 14 enheder i 2005. I Sverige er næsten al den behandling, som leveres i kommunerne, stoffri, mens brugerne primært får substitutionsbehandling via hospitalerne. I nærværende undersøgelse er der registreret 74 behandlingssteder i Danmark med brugere i substitutionsbehandling (delrapport 3), og der er ikke fundet beskrivelser af problemer med ventelister i forhold til substitutionsbehandling. I næste afsnit beskriver vi forskellene mellem Danmark, Sverige og Norge nærmere i forhold til skadesreduktion og substitutionsbehandling.

SKADESREDUKTION OG SUBSTITUTIONSBEHANDLING I DANMARK, NORGE OG SVERIGE

I Danmark er skadesreduktionsprincippet (som beskrevet i forrige kapitel) et centralt udgangspunkt for tilrettelæggelsen af behandlingen, hvilket betyder, at stoffrihed ikke nødvendigvis er målet med en brugers behandling. Strategien i mange danske behandlingstilbud er, at man frem for at opstille stoffrihed som målsætning for behandling søger at reducere skader og optimere livskvalitet så meget som muligt, hvilket måske i sidste ende kan bringe brugeren tættere på stoffrihed. I den foreliggende rapport belyser vi nærmere, hvordan det kommer til udtryk i brugernes behandlingsmålsætninger. I modsætning hertil, hviler hovedparten af stofmisbrugsbehandlingen i Norge på et princip om, at stoffrihed skal være målet:

Drug-free treatment aimed at a drug-free life is still the main approach adopted in the majority of Norwegian treatment programmes (Skretting, 2006: 77).

Også i Norge er der dog en række skadesreduktionstiltag, herunder længerevarende substitutionsbehandling, hvor målet ikke umiddelbart er stoffrihed. Begge lande har altså indoptaget skadesreduktionsprincippet i deres behandlingssystemer, men i forskelligt omfang, og det er karakteristisk, hvis man ser på skadesreduktion i nærliggende lande omkring Danmark, at skadesreduktionsprincippet kommer forskelligt til udtryk.

I Sverige bliver skadesreduktion set som et skridt på vejen til legalisering af narkotiske stoffer, hvorfor svenske politikere ikke ønskede at integrere hverken skadesreduktionsbegrebet eller lignende begreber i den nationale handleplan. Strategien i Sverige er at fastholde 'et stoffrit samfund' som en vision, der kan virke som en retningsindikator for politik og behandling. Brugere, som ikke umiddelbart kan opnå stoffrihed, kan i dag individuelt få hjælp, fx i form af længerevarende substitutionsbehandling, men det overordnede mål om stoffrihed fastholdes (Skretting, 2006: 73, 99; CIAR, 2008: 386).

Sverige er på sin vis en undtagelse blandt de nævnte europæiske lande i den forstand, at det er det eneste land, som ikke præsenterer skadesreduktion, som en del af deres indsats over for stofmisbrugere. Der er dog generelt tale om et kontinuum, når det gælder forholdet til skadesreduktion i de europæiske lande (Waal, 2000). Som det fremgår i det ovenstående, præsenterer fx både Norge og Danmark skadesreduktion som en del af deres indsats over for stofmisbrugere, men i Norge fastholdes stoffrihed som hovedmålsætningen i behandlingssystemet, ligesom man fastholder, at stoffri behandling er hovedbehandlingsformen. I Danmark bliver stoffrihed anset for at være en urealistisk målsætning for mange misbrugere, særligt opiat-misbrugere, og længerevarende substitutionsbehandling uden målsætning om stoffrihed er langt det hyppigste behandlingstilbud til denne gruppe. Københavns Kommune skriver fx: "Substitutionsbehandlingen tager sit udgangspunkt i den kendsgerning, at behandling der sigter mod stoffrihed oftest mislykkes." (Københavns Kommune, 2006: 31).

Den officielle linje i Sverige tager således afstand fra skadesreduktion, men man har alligevel mange af de tilbud og tiltag, som i andre lande netop kaldes for skadesreduktion. Det er fx længerevarende substitutionsbehandling, lavtærskel-tilbud, sprøjtebytteordninger og lignende. I sin afhandling om svensk metadonpolitik argumenterer Björn Johnson for, at der er en grundlæggende skepsis i Sverige over for at opgive stoffrihed som målsætning, hvilket kan spores helt tilbage til slutningen af

1960'erne. Rationalet bag retorisk at fastholde stoffrihed som målsætning kan både beskrives som politisk og behandlingsstrategisk. Politisk er det et signal, der understreger en absolut afvisning af legalisering af brugen af narkotiske stoffer, og at man behandlingsstrategisk må nå længst muligt inden for rammerne af den enkelte brugers potentiale ved at fastholde stoffrihed som målsætning (Johnson, 2003).

Der var i mange år i Sverige en stærk modstand mod substitutionsbehandling, idet man betragtede det som en form for legalt misbrug. Det første behandlingscenter med tilbud om længerevarende substitutionsbehandling blev dog oprettet i Uppsala allerede i 1966. Her kom gradvist flere indskrevne brugere, og i 1983 havde man et maksimum-indtag af brugere på 150. I 1988, 1990 og 1992 åbnede nye behandlingscentre med tilbud om længerevarende substitutionsbehandling i henholdsvis Stockholm, Lund og Malmö. I 1999 var der sammenlagt 800 pladser på disse behandlingscentre. I 2004 kom endnu to behandlingscentre med tilbud om længerevarende substitutionsbehandling i henholdsvis Göteborg og Helsingborg, og antallet af pladser kom op på 1.200. I 2005 blev det vedtaget at fjerne loftet for, hvor mange brugere, der maksimalt måtte være i længerevarende substitutionsbehandling og i perioden juli 2005 til juni 2006 modtog i alt 2.700 personer substitutionsbehandling i Sverige. Til sammenligning var der 6.886 personer i substitutionsbehandling i Danmark i år 2006 (SIB). Ventelister eller manglende tilbud om substitutionsbehandling er stadig et problem i nogle regioner i Sverige. Det anslås, at der er et tilbud om substitutionsbehandling i halvdelen af de svenske byer (Skretting, 2006; CIAR, 2008: 385).

Ser man alene på den ambulante sektor, så er der i Norge flere personer i ambulant substitutionsbehandling end i ambulant, stoffri behandling, mens der i Sverige er lige mange personer i ambulant substitutionsbehandling som i ambulant, stoffri behandling (CIAR, 2008: 8-9). Det er dog generelt ikke muligt at foretage en sammenligning af behandlingsintensiteterne mellem de forskellige lande, da der ikke findes sammenlignelige opgørelser og afgrænsninger af forskellige behandlingstyper.⁹

9. I Sverige har Socialstyrelsen siden 2002 arbejdet med at udarbejde nationale retningslinjer for kvalitet i stofmisbrugsbehandlingen, herunder tilgængelighed og opfølgning. Som en del af dette arbejde har man bl.a. foretaget en mindre undersøgelse af svenske behandlingsenheder i 2006,

I Norge sigter substitutionsbehandlingen på en høj grad af kontrol, og hovedreglen er derfor daglig og superviseret medicin-administration. Udlevering af medicin forudsætter, at brugeren medvirker i en tæt opfølgning og herunder regelmæssigt indvilliger i supervise-rede urin-prøver. Indhold og intensitet i den psykosociale opfølgning afhænger af brugerens individuelle behandlingsplaner. Det er et krav i Norge, at en ansøgning om substitutionsbehandling skal indeholde en individuel handleplan, som beskriver brugerens aktuelle problemstillinger samt en beskrivelse af, hvilke tiltag og former for samarbejde der kan medvirke til en forbedring af brugerens situation (Skretting, 2006: 87-88; CIAR, 2008: 353).

I Sverige skal brugere i substitutionsbehandling typisk møde hver dag på et dagbehandlingscenter i de første 6 måneder. Her skal de deltage i et behandlingsprogram samt give urinprøver, således at det sikres, at de ikke bruger illegale stoffer ved siden af substitutionsmedicinen (og at brugerne ikke sælger den ordinerede medicin videre på det illegale marked). Brugere, der ikke overholder reglerne for substitutions-behandling, bliver i vid udstrækning udskevet. Hvis de til gengæld klarer disse 6 måneder godt, kan de få lov at møde på behandlingscenteret med successivt større intervaller og evt. få udleveret substitutionsmedicinen på et apotek, de vælger. De fortsætter dog i behandlingscenterets pro-gram, og behandlingsformen bliver omtalt som 'et metadon-assisteret program' eller 'metadon-assisteret behandling' for at understrege, at det ikke kun er en medicinsk behandling, tværtimod assisterer medicinen en social behandlingsindsats og spiller på den måde en sekundær rolle. In-tensiteten i den psykosociale behandling kan variere og afhænger af, hvordan det går brugerne (Skretting, 2006: 88; CIAR, 2008: 385).

Særligt i Sverige bruges længerevarende substitutionsbehandling således i mindre omfang end i Danmark, og tilgangen er fortsat mere restriktiv end i Danmark. I Danmark bliver såkaldt sidemisbrug (dvs.

som viser, at behandlingsintensiteten varierer betydeligt mellem forskellige behandlingssteder. Variationen ser ikke ud til at hænge sammen med, hvilke metoder stederne benytter, idet under-søgelsen viser, at der er store forskelle mellem behandlingssteder, der bruger samme metode (fx Minnesota-model, Motivational Interviewing eller kognitiv adfærdsterapi). Undersøgelsen peger i stedet på, at det er forskelle mellem behandlingsstedernes målgrupper, som giver forskel i be-handlingsintensitet. Tendensen er således, at brugere med såkaldt svært misbrug får en mere in-tensiv behandling (Socialstyrelsen, 2006). I en senere rapport konkluderer Socialstyrelsen, at der er en tendens til et lavere serviceniveau i mindre kommuner, undtagen når det gælder den umid-delbare tilgængelighed (indledende kontakt), idet tilgængeligheden er bedre i mindre kommuner end i større (Socialstyrelsen 2008).

fortsat brug af illegale stoffer parallelt med substitutionsbehandling) i vid udstrækning accepteret (jf. Asmussen & Kolind, 2005; Andersen & Järvinen, 2009).

Den danske praksis står også i modsætning til Norge, hvor der er en mere restriktiv praksis i forhold til sidemisbrug. Denne forventning bliver (som i Sverige) fulgt op af en praksis, hvor kontrol er en integreret del af behandlingen:

Clients [in substitution treatment] are expected to stop using medical drugs for intoxication purposes as well as using illicit drugs. [...] The system [in Norway] aims at a high degree of control, and the main rule is therefore daily and supervised administration of medication. Medication will only be provided on condition of close follow-up including regular supervised urine samples. (Skretting, 2006: 88).

Adgangskravene til substitutionsbehandling har også været meget forskellige landene imellem og afspejler en mere eller mindre restriktiv holdning til substitutionsbehandling. Sverige og Norge har haft forskellige kriterier, som skal være opfyldt, før substitutionsbehandling kan komme på tale. Det kræves bl.a., at brugeren har en minimumsalder (fx minimum 25 år i Norge), at brugeren har været misbruger i en længere periode (fx krav om adskillige år med misbrug i Norge), og at stoffri behandling har været forsøgt flere gange (Skretting, 2006: 87). I Danmark er der ikke opstillet samme form for kriterier, men ”andre relevante behandlingsalternativer skal være overvejet”, før brugeren begynder i substitutionsbehandling i en ”oftest meget lang tidsperiode”, som det hedder i Sundhedsstyrelsens vejledning (Sundhedsstyrelsen, 2008: pkt. 8.1).

I Sverige og Norge ønsker man at understrege, at substitutionsbehandling ikke kun handler om medicin ved at referere til behandlingsformen med begreberne ‘metadon-assisteret behandlingsprogram’ eller ‘lægemiddellasseret rehabilitering’ (Skretting, 2006: 88; CIAR, 2008: 353). Om stofmisbrugsbehandlingen i Danmark hedder det:

Treatment is predominately medically assisted and is *supposed to* be always accompanied by psychosocial counselling (CIAR, 2008: 353) (vores kursivering).

Som formuleringen indikerer, er det ikke altid tilfældet i praksis. Vejledninger fra henholdsvis Servicestyrelsen og Sundhedsstyrelsen slår fast, at ”Medicinsk behandling [ikke] må stå alene” (Servicestyrelsen, 2006: pkt. 206), og:

Den medikamentelle substitutionsbehandling ved opioidafhængighed skal ledsages af en samlet behandlingsindsats, der retter sig mod stofmisbrugerens fysiske og psykiske helbredsproblemer samt de sociale problemstillinger, stofmisbrugeren frembyder. (Sundhedsstyrelsen, 2008: pkt. 8).

Som det også dokumenteres i nærværende undersøgelse, har en nylig dansk undersøgelse imidlertid vist, at brugere i substitutionsbehandling ikke altid får en social behandling af en sådan art ved siden af deres substitutionsbehandling (Andersen & Järvinen, 2009). Et større dansk forsøg (metadonprojektet) viser samtidig, at psykosocial behandling i kombination med substitutionsbehandling *er* effektivt i forhold til at forbedre brugernes psykosociale situation (Pedersen, 2005). I næste afsnit ser vi nærmere på dette og andre effektstudier.

EFFEKTER AF SOCIAL BEHANDLING

Der findes generelt en omfattende litteratur omkring effekter af stofmisbrugsbehandling. Her er der dels tale om egentlige effektstudier baseret på randomiserede forsøg, hvor der foretages en lodtrækning mellem en forsøgsgruppe og en kontrolgruppe, der modtager en forskellig behandling, dels en række andre studier, der belyser, hvordan forskellige behandlingsformer virker.

Man kan grundlæggende skelne mellem effekter, der relaterer sig til henholdsvis stofmisbrug (fx andel brugere, der opnår og fastholder stoffrihed) og effekter, der relaterer sig til andre forhold (fx kriminalitet, dødelighed, forekomst af psykiske og fysiske problemer mv.). Som beskrevet i det foregående kapitel er store dele af den sociale stofmisbrugsbehandling (særligt den ambulante del) orienteret mod skadesreduktion frem for stoffrihed. I nærværende undersøgelse finder vi blandt behandlingsledere i det danske behandlingssystem en betydelig skepsis over for at gøre stoffrihed til et dominerende effektmål i evalueringen af stofmis-

brugsbehandlingen, idet de ikke mener, at stoffrihed er et realistisk mål for en betydelig del af brugergruppen. De finder det derfor mere gavnligt at fokusere på andre målsætninger, såsom stabilisering og forbedring af livskvalitet. Meget af den internationale forskning i effekter fokuserer dog primært på reduktion af brug af illegale stoffer/stoffrihed og evt. kriminel adfærd, mens langt færre studier fokuserer på effekterne på brugerens psykiske eller sociale situation.

I den tidligere nævnte komparative undersøgelse af stofmisbrugsbehandlingen i Europa er også den internationale litteratur om effekter af stofmisbrugsbehandling og herunder effekter af psykosociale indsatser afdækket. Rapporten peger på, at egentlige effektstudier, dvs. studier baseret på randomiserede kontrollerede forsøg (RCT) er sjældne i europæisk forskning, og rapporten anbefaler en intensivering af europæiske effektstudier (CIA, 2008). Randomiserede kontrollerede forsøg foretages hovedsageligt i USA, og resultaterne lader sig ikke uden videre overføre til danske forhold.

En anden udfordring er ifølge rapporten, at der er stor heterogenitet i de eksisterende undersøgelsesdesign, både hvad angår brugergruppe, behandlingsintensitet og den psykosociale behandlings indhold, hvilket gør det vanskeligt at foretage sammenligninger og pege på dominerende tendenser i litteraturen (CIAR, 2008: 167). Med disse forbehold in mente skitseres i det følgende en række væsentlige resultater i den internationale forskningslitteratur om effekterne af psykosociale indsatser i stofmisbrugsbehandlingen.

Overordnet viser international forskning, at psykosocial behandling har positive effekter (se fx Amato et al., 2007). I forhold til opiat-misbrugere anvendes psykosociale interventioner typisk i kombination med medicinsk behandling (oftest metadon), og her viser såvel dansk som udenlandsk forskning, at en psykosocial indsats giver signifikant bedre behandlingsresultater med hensyn til reduktion af opiat-misbrug. (Berglund et al., 2003; Amato et al., 2004; Pedersen, 2005; CIAR, 2008).

I den internationale forskning er der generelt klare indikationer på, at substitutionsbehandling reducerer brugen af illegale stoffer og risikoadfærd og reducerer misbrugernes kriminalitet (Pedersen, 2005; March, 1998). I det følgende vil vi ikke gennemgå den forholdsvis omfattende effektforskning omkring effekter af medicinsk behandling for opiat-misbrugere, men udelukkende se på effekterne af social/psykosocial behandling.

I forbindelse med det såkaldte metadonprojekt har Mads Uffe Pedersen beskrevet en del af den internationale forskning i effekter af social behandling til metadonbrugere (Pedersen, 2005). De randomiserede forsøg viser, at en psykosocial indsats fører til en mindskelse af psykosocial belastning og reduktion i stofbrug. Flere studier viser, at social behandling af en intensitet svarende til ambulant behandling (ca. én samtale om ugen) for substitutionsbrugere reducerer stofbelastningen signifikant i forhold til kun at få en samtale om måneden (Saxon et al., 1996; Abbott et al., 1998; 1999; McLellan et al., 1993; Kraft et al., 1997). Ambulant behandling (ca. én samtale om ugen) giver desuden signifikant reduktion af bl.a. psykisk belastning og kriminalitet (Abbott et al., 1998/1999; McLellan et al., 1993).

Indikationerne i forhold til, om dagbehandling giver bedre effekter end intensiv ambulant behandling, er mere blandede. Nogle analyser viser, at der ikke er signifikant forskel på effekten af de to behandlingsintensiteter (Saxon et al., 1996), mens andre viser en positiv effekt af dagbehandling for brugere uden social angst (Avants et al., 1994). Forskellen i effekterne mellem intensiv ambulant behandling og dagbehandling er dog så forholdsvis begrænsede, at dagbehandling ikke vurderes omkostningseffektivt i forhold til udgifter pr. bruger, som ophører med forbrug af illegale stoffer (Avants et al., 1998, 1999; Kraft et al., 1997).

Anden forskning, som dog ikke bygger på randomiserede forsøg, indikerer, at det er afgørende for reduktionen i brugen af illegale stoffer, at samtalerne fokuserer på misbruget (Gossop et al., 2006). Brugere, som inden for den første måned modtog samtaler, som i forholdsvis høj grad omhandlede stofmisbruget, havde således et markant lavere brug af illegale stoffer 6 måneder efter end brugere, som ingen samtaler havde modtaget. Der er derimod ingen signifikant forskel på brugen af illegale stoffer blandt brugere, hvis behandling kun i mindre grad omhandlede stofmisbruget, og brugere, som ingen samtaler havde haft. De stoffokuserede samtaler var dog gennemsnitligt længere end de andre samtaler, mens der ikke var signifikant forskel på antallet af samtaler mellem de to grupper.

Den internationale (og danske) litteratur indikerer således positive effekter ved social stofmisbrugsbehandling minimum én gang om ugen for metadonbrugere, bl.a. i form af reduceret brug af illegale stoffer og psykosocial belastning. Man skal dog være opmærksom på, at det der i international sammenhæng beskrives som standardbehandling (samtaler

ca. én gang ugentligt) i dansk sammenhæng må betegnes som udvidet psykosocial indsats for brugere i substitutionsbehandling (Pedersen, 2005). Når en del amerikanske studier sammenligner standardbehandling med en udvidet indsats, svarer det således i dansk sammenhæng til at sammenligne en udvidet ambulant indsats med noget, der ligner dagbehandling. At en del internationale studier ikke finder en signifikant effekt af en udvidet indsats, kan således sammenlignes med en manglende effekt af dagbehandling i dansk sammenhæng.

I en dansk sammenhæng er effekter af øget psykosocial indsats over for brugere i substitutionsbehandling blevet undersøgt med fokus på både stofmisbrug og andre effektmål. I det såkaldte metadonprojekt sammenlignede Center for Rusmiddelforskning effekten af en standard psykosocial indsats til metadonbrugere i forhold til en udvidet indsats, hvor brugeren fik en støtte- og kontaktperson eller case manager tilknyttet, og hvor der var færre brugere pr. behandler (Pedersen, 2005). Undersøgelsen viste, at både standardbehandling og udvidet substitutionsbehandling reducerer brugen af illegale stoffer og kriminel adfærd, og at der ikke er en signifikant forskel på effekterne af disse to typer behandling på stofbrug. Der er derimod en klar tendens til, at en udvidet social behandlingsindsats er signifikant mere effektiv end standardbehandling, når vi taler om effekter i form af reducere af psykisk belastning og sociale konflikter. Blandt brugerne i standardbehandlingen var det ca. 50 pct., som havde en samtale med en socialrådgiver, psykoterapeut eller eksmisbruger mindst hver 14 dag, mod 65-70 pct. af brugerne, som modtog den udvidede indsats. Der er således også en del brugere, der modtog den udvidede indsats, som kun modtog social stofmisbrugsbehandling af en intensitet, der må karakteriseres som ad hoc-samtaler (mindre end hver 14. dag), og effekten kan derfor være større, hvis der sammenlignes på forskelle i faktiske behandlingsintensiteter.

Der findes ikke effektiv medicinsk behandling for kokain- og amfetamin-misbrug, og anvendelsen af psykosociale interventioner er derfor særlig udbredt inden for disse områder. Der er i særlig grad foretaget undersøgelser af effekter af psykosocial behandling på kokainmisbrugere, hvilket skyldes, at kokain ofte er hovedmisbrugsstoffet i amerikansk sammenhæng (Pedersen, 2005).

Kognitiv adfærdsterapi er generelt den psykosociale tilgang, som er bedst belyst i international forskning med hensyn til effektmålinger, og denne tilgang er i særlig grad testet blandt amerikanske kokainbrugere.

(CIAR, 2008: 168). Der findes dog også studier, som evaluerer kognitiv adfærdsterapi på brugere, som har andre typer af stofmisbrug som eksempelvis cannabis- og amfetaminafhængighed (Rigter, 2004).

Effektstudier har generelt vist, at kognitiv adfærdsterapi har en positiv effekt med hensyn til reduktion af stofbrug blandt kokainafhængige, målt ved eksperimenter, hvor kognitiv adfærdsterapi er eneste behandling (CIAR, 2008). Kognitiv adfærdsterapi er desuden evalueret i studier, hvor der sammenlignes med andre psykosociale indsatser. I fire randomiserede, kontrollerede studier blev effekten af henholdsvis kognitiv adfærdsterapi og behandling efter den såkaldte 12-trins-model (også kaldet Minnesota-modellen) sammenlignet. Tre ud af disse fire studier viser den største effekt af kognitiv adfærdsterapi med hensyn til at opnå reduktion af stofbrug. I det fjerde studie var der samme effekt af 12-trins-tilgangen, men i dette studie var der tale om blandingsmisbrugere, som foruden kokainmisbrug også havde et alkoholmisbrug. (Rigter, 2004; Carroll, 2000; Covi et al., 2002; Monti et al., 1997; Maude-Griffin et al., 1998).

I forhold til hashmisbrug viser studier, at kognitiv adfærdsterapi kan have en positiv effekt i forhold til at reducere stofmisbruget hos voksne hashmisbrugere (CIAR, 2008). I et studie blev en gruppe, der modtog 14 individuelle sessioner baseret på kognitiv adfærdsterapi, sammenlignet med en kontrolgruppe, der ikke modtog behandling, og en tredje gruppe, der modtog to sessioner med en form for kognitiv adfærdsterapi, der fokuserede på at forbedre motivationen for at reducere misbruget, samt en session med individuel rådgivning. Resultaterne viste, at forbruget af hash og antallet af afhængighedssymptomer var faldet signifikant blandt de to grupper, der fik behandling, da man vurderede forskellen efter 4 måneder. Men der var ingen forskel på effekterne af de to behandlingsindsatser trods intensitetsforskellen. Efter 16 måneder fandt man stadig ensartede resultater for de to behandlingsindsatser med hensyn til misbruget af stoffer (Stephens, 2000; McRae, 2003; Rigter, 2004).

I et andet studie blev en gruppe, der fik 10 sessioner individuel kognitiv adfærdsterapi, og en gruppe, der fik 10 sessioner gruppeterapi sammenlignet. Efter 1 år var 17 procent stoffri, og yderligere 19 procent havde nedbragt deres hashforbrug, men man fandt ingen forskel mellem de to grupper. Effekten af behandlingerne var dog ikke mulig at afgøre,

fordi der ikke indgik en kontrolgruppe i undersøgelsen (Stephens et al., 1994; McRae, 2003).

Foruden effektmålinger af kognitiv adfærdsterapi alene, er der foretaget undersøgelser, hvor kognitiv adfærdsterapi indgår som en del af en behandlingspakke. I det Amerikanske 'Marijuana Treatment Project', sammenlignes to grupper, der har modtaget forskelligt behandlingsindhold med en kontrolgruppe. Den ene gruppe modtog ni sessioner bestående af motivationsorienterede samtaler, kognitiv adfærdsterapi og en type case management, hvor brugerne fik hjælp til sociale problemer, mens den anden gruppe blot modtog to sessioner rettet mod at styrke deltagernes motivation. Resultatet viste, at brugere, der havde modtaget de ni sessioner, klarede sig bedst, idet deres forbrug af hash var lavere (målt på stofforbrug de seneste 90 dage), og de havde færre afhængighedssymptomer (Stephens et al., 2002; McRae, 2003; Rigter, 2004). En svaghed ved undersøgelser af denne type, hvor der måles på forskellige behandlingstyper og -intensitet på samme tid, er imidlertid, at fortolkningen af undersøgelsens resultater bliver uklare (Rigter, 2004).

Der findes få studier af effekter af psykosociale indsatser for amfetaminbrugere med hensyn til nedbringelse af stofbrug eller stoffrihed (Rigter, 2004). Et australsk studie viser, at kognitiv adfærdsterapi førte til forbedringer med hensyn til depression, angst/nervøsitet, fysiske symptomer og brugerens opfattelse af egen evne til at modstå trang til amfetamin i høj-risiko-situationer (Feeney et al., 2006). Med hensyn til behandlingsintensitet er resultaterne dog ikke entydige (CIAR, 2008: 170; Baker et al., 2005).

Der er også effektstudier, der har undersøgt effekterne af andre behandlingsmetoder. Det gælder bl.a. den psykodynamiske tilgang, 12-trins-tilgangen og forskellige former for rådgivning.

Der er generelt en sparsom dokumentation af positive effekter af de psykodynamiske terapiformer, men i det tidligere omtalte komparative europæiske studie konkluderes det, at psykoanalyse ikke ser ud til at have en effekt med hensyn til at behandle kokainafhængighed (CIAR, 2008; Rigter, 2004). Studier, som sammenligner forskellige behandlingstyper, viser indikationer på, at de psykodynamiske terapiformer er mindre effektive med hensyn til at reducere stofbrug end eksempelvis kognitiv adfærdsterapi og individuel rådgivning/grupperådgivning for kokainmisbrugere (Kleber et al., 2006).

12-trins-tilgangen er meget udbredt i USA og er også anvendt herhjemme, ikke mindst af NA (Anonyme Narkomaner). Der er undersøgelser, der peger på, at deltagelse i selvhjælpsgrupper baseret på 12-trins-tilgangen har en positiv effekt i forhold til at reducere kokainmisbrug, og at det er effektivt i fastholdelsen af stoffrihed (CIAR, 2008). Der er tegn på, at jo højere deltagelsesfrekvens brugeren har, jo bedre effekt opnås med hensyn til stofreduktion (Kleber et al, 2006). Ligeledes er der en effekt af engagementet i deltagelsen. Sammenholdes aktive deltagere med brugere, som blot er til stede, viser et studie, at kokainmisbruget reduceres mest hos de aktivt deltagende i selvhjælpsgruppen (Weiss et al., 2005).

Der er også studier, der viser, at struktureret rådgivning har en positiv effekt med hensyn til reduktion af hash- og kokainmisbrug. Et studie af moderat afhængige hashmisbrugere viser således, at en struktureret gruppebaseret rådgivning resulterede i reduktion af stofmisbruget efter 6 måneder, og at reduktionen var fastholdt efter 1 år. Et andet studie sammenlignede fire behandlingsforløb for kokainafhængige (Kleber et al 2006; UNODC, 2002). De fire grupper fik henholdsvis grupperådgivning, grupperådgivning med individuel rådgivning, grupperådgivning med kognitiv adfærdsterapi og grupperådgivning med 'supportive expressive psychotherapy'. Gruppen, som havde fået en blanding af gruppe og individuel rådgivning, klarede sig bedst med hensyn til stofreduktion, mens der ikke var forskel på effekterne af de andre tre behandlingsindsatser (UNODC, 2002). Det skal her bemærkes, at såvel individuel som gruppebaseret rådgivning ofte baseres på 12-trins-modellen i de amerikanske studier.

Endelig er der studier, der har undersøgt effekter af døgnbehandling. Også her kan det være vanskeligt at sammenligne forskellige former for tilbud og behandlingsindhold i sådanne tilbud på tværs af lande.

I amerikanske studier af døgnbehandling er der fundet en positiv effekt af bl.a. en god personalenormering, længere indskrivningstid, fast struktur og klar politik for behandlingsindsatsen samt målorienterede behandlere og høje forventninger til aktiv brugerdeltagelse i døgnbehandlingens aktiviteter. De forskellige prädiktorer kan have forskellig betydning afhængig af brugernes alder. Nogle studier tyder på, at ældre brugere har særlig gavn af støttende og velorganiserede behandlingstilbud med udbygget ambulant efterbehandling, mens yngre brugere har

særlig gavn af inddragelse af familie og optræning af sociale og beskæftigelsesrettede færdigheder i mere intensive og målrettede forløb (Moos et al., 1995, 1997, 1998, 2000). En anden amerikansk undersøgelse af stoffri behandling af kokainmisbrugere viser, at de mest belastede brugere havde bedre effekt af længere ophold i døgnbehandling (6 måneder) end korte ophold i døgnbehandling (1 måned) eller ambulant behandling, mens de relativt mindre belastede kokainmisbrugere havde lige så god effekt af korte døgnophold eller ambulant behandling som af lange døgnbeholdingsophold (Simpson et al., 1999). I de nævnte amerikanske studier er god effekt overvejende lig stoffrihed.

Når det gælder effekter af døgnbehandling, er gennemførelse af behandlingen én af de mest konsistente prædiktorer for en positiv effekt (fx i form af stoffrihed). I en norsk undersøgelse finder man, at mænd, ældre, opiat-misbrugere og brugere med personlighedsforstyrrelse har mindre sandsynlighed for at gennemføre døgnbehandling, mens det ikke har nogen betydning for gennemførelseschancen, hvorvidt det er første, anden eller tredje gang, brugeren har været i døgnbehandling. Efter tre forsøg i døgnbehandling er chancen for at gennemføre imidlertid mindre (Ravndal et al., 2005).

I Danmark bliver gennemførelsesraterne for de forskellige døgnbeholdingssteder monitoreret via DanRIS (Dansk Registrerings- og InformationsSystem). Den seneste DanRIS-rapport vedrørende døgnbehandling for stofmisbrugere konkluderer, at sammenhængen mellem gennemførelse og stoffrihed ved udskrivningen fortsat er markant, og at dette mål derfor er relevant som kortsigtet succesmål. I 2008 blev 1.419 stofmisbrugere indskrevet i døgnbehandling, og 46 pct. gennemførte (Center for Rusmiddelforskning, 2009).

En anden rapport fra 2009 viser, at den gennemsnitlige indskrivningstid pr. bruger i perioden 1998 til 2008 er reduceret med ca. 2 måneder, men at denne ændring ikke tyder på at have en negativ effekt i form af øget tilbagefald til stofmisbrug efter gennemført behandling, idet andelen af stoffri brugere 1 år efter døgnbehandling ligger på samme niveau i 2008 som i 1998. I samme periode er den gennemsnitlige belastning af misbrugerne i døgnbehandling imidlertid også faldet markant (misbrugs-, social og psykisk belastning målt ved ASI-skema¹⁰), og brugerens belastning før indskrivning bliver netop fremhævet som en præ-

10. Se kapitel 14.

diktor for, hvordan det går dem efter døgnbehandling. Undersøgelsen finder derfor i de enkelte undersøgelsesperioder, at indskrivningslængden har en betydning for effekten: Jo længere tid en bruger er indskrevet i døgnbehandling, jo bedre (Pedersen, 2009). Når andelen af stoffri brugere ikke er reduceret trods kortere indskrivningstid, kunne det hænge sammen med, at belastningsgraden generelt er reduceret.

Samme undersøgelse af dansk døgnbehandling for stofmisbrugere finder ikke afgørende forskelle på behandlingseffekterne mellem de forskellige behandlingsmetoder (der skelnes mellem Minnesota-/12-trins-modellen, Terapeutiske samfund og Socialpædagogiske institutioner). Til gengæld ser der ud til at være en effekt af efteruddannelse. Undersøgelsen viser, at behandlere i 2008 er bedre uddannede og har mere anciennitet end behandlere i 1998, og at der i 2008 kan påvises en positiv sammenhæng mellem efteruddannelse og stoffrihed blandt hash-, amfetamin- og kokainmisbrugere: Jo mere efteruddannelse behandlerne har, jo færre tilbagefald blandt disse misbrugere. Den positive effekt af efteruddannelse findes ikke, når det gælder behandling af heroinmisbrugere. Strukturerede aktiviteter efter udskrivning såsom tilknytning til NA eller varetagelse af arbejde ser ud til at have en generel tilbagefaldsforebyggende effekt for alle misbrugere (ibid.).

Endelig er der effektstudier, der undersøger effekterne af sociale indsatser for stofmisbrugere med særligt komplekse sociale og psykiske problemstillinger (Nelson & Aubry, 2007; Coldwell & Bendner, 2007). Disse effektstudier vedrører ikke den egentlige misbrugsbehandling, men tilstødende sociale problematikker, og giver således en viden om udformningen af sociale indsatser med et helhedsorienteret sigte. Her har effektstudier fokuseret på gruppen af psykisk syge misbrugere, der ofte også i perioder af et livsforløb befinder sig i en hjemløshedssituation. I indeværende undersøgelse er det ca. 10 pct. af brugerne, der har indikationer på hjemløshed.

Inden for hjemløshedsforskningen peger effektstudier på vigtigheden af tidligt i et indsatsforløb at tilvejebringe en permanent boligløsning med tilhørende social støtte. Resultaterne tyder på, at en tidlig stabilisering af boligsituationen er en forudsætning for, at brugeren kan få gavn af øvrige behandlingsindsatser som fx misbrugsbehandling og psykiatrisk behandling. I forhold til den sociale støtte er der foretaget sammenlignende effektstudier af indsatser, hvor en case manager varetager en tovholderfunktion i forhold til øvrige sociale og behandlingsmæssige

indsatser, og indsatser hvor tværfaglige udgående støtteteams bestående af fx psykologer, misbrugsbehandlere, socialrådgivere mv. varetager den sociale støtte. Disse effektstudier har primært fokuseret på effekterne i forhold til at opretholde en stabil boligsituation. Studierne viser, at der er en positiv effekt af både case manager-modellen og af de tværfaglige støtteteam, men at den største effekt opnås ved brug af tværfaglige udgående støtteteam (ibid.). Det hænger sammen med, at de psykisk syge misbrugere har vanskeligt ved at benytte eksisterende behandlingssystemer, som fx misbrugsbehandlingen og psykiatrien, og således har brug for mere individualiserede støtteformer, der er i stand til at give en social støtte, hvor brugeren er.

METODE

I dette kapitel beskriver vi designet og det empiriske grundlag for undersøgelsen af den sociale stofmisbrugsbehandling. Materialet, som danner grundlag for undersøgelsens analyser og konklusioner, består af spørgeskemaundersøgelser til nuværende brugere i behandling, tidligere brugere, pårørende, behandlingsledere, kommunale myndighedspersoner og visitatorer i stofmisbrugsbehandlingen. Spørgeskemaundersøgelserne kombineres med kvalitative interview med brugere, pårørende, behandlingsledere, kommunale myndighedspersoner, visitatorer og frivillige organisationer samt en gennemgang af 470 brugeres journaler.¹¹

Undersøgelsen bygger således på en kombination af et kvantitativt og kvalitativt empirisk grundlag i form af spørgeskemaundersøgelser, kvalitative interview og journalmateriale. De kvalitative interview har både til formål at kvalificere de spørgeskemaer, der er anvendt, og samtidig give en uddybende forståelse af, hvilke styrker og svagheder behandlingssystemet opleves at have. I det følgende beskriver vi materialet, som danner baggrund for analyserne af den sociale stofmisbrugsbehandling.

11. Der er indhentet tilladelse til undersøgelsens gennemførelse fra henholdsvis Datatilsynet og Sundhedsstyrelsen.

BRUGER-SURVEYEN

Der er gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt 1.013 stofbrugere i behandling, hvoraf 1.008 har besvaret hele spørgeskemaet. Undersøgelsen er gennemført ved interview med brugere på et udvalg af behandlingscentre i hele landet. Desuden er der efter forudgående samtykke foretaget telefon- eller besøgsinterview med et antal brugere, der kommer på behandlingsstederne forholdsvis sjældent.

I designet af undersøgelsen har vi forsøgt at sikre en så repræsentativ respondentgruppe som muligt. Det har dog ikke været muligt at udtrække en simpel tilfældig stikprøve af alle brugere indskrevet i behandling i hele landet, da brugernes kontaktoplysninger kun kan udleveres til forskningsmæssigt brug ved forudgående samtykke, hvilket i dette tilfælde vurderedes at være prohibitivt tidskrævende.

Som alternativ har vi udvalgt 41 kommunale misbrugscentre, hvoraf nogle har flere afdelinger, samt 15 private døgnbehandlingssteder og et privat dagbehandlingscenter til undersøgelsen. Denne opdeling i døgnbehandling og anden behandling er foretaget under hensyntagen til, at det vil give den bredeste gruppe af deltagere i surveyen at træffe brugerne, hvor de får behandling.

Interviewene er fordelt således, at 183 interview er foretaget på døgnbehandlingssteder, og de resterende er foretaget på offentlige behandlingssteder. Der er foretaget en oversampling af brugere i døgnbehandling, idet kun 9,5 pct. af brugerne ifølge DanRIS og Sundhedsstyrelsens data for 2007¹² modtager døgnbehandling. Overrepræsentationen af brugere i døgnbehandling er valgt på baggrund af et ønske om at kunne tage højde for de betydelige forskelle i indholdet af behandlingen på forskellige døgninstitutioner, samt for at give større sikkerhed i estimationerne for denne behandlingstype, som relativt få brugere får. I analyserne bliver brugere i døgnbehandling vægtet, så deres overrepræsentation ikke påvirker resultaterne af undersøgelsen.

Udvælgelsen af offentlige behandlingssteder er primært sket ud fra et princip om geografisk fordeling. Misbrugscentre i de seks største byer er udvalgt, og der er udvalgt mindst et misbrugscenter i hvert af de

¹² Procentdelen er beregnet på baggrund af Sundhedsstyrelsens opgørelse af antal brugere, indskrevet i behandling i 2007 (Sundhedsstyrelsen, 2008: 30), og DanRIS' opgørelser over antallet af brugere, indskrevet i døgnbehandling i 2007 (Center for Rusmiddelforskning, 2008).

tidligere amter. Antallet af interview på hvert misbrugscenter er fastsat efter, hvor stor en procentdel af stofmisbrugere i behandling i 2006, der kom fra dette amt¹³. De steder, hvor der er udvalgt flere misbrugscentre i et tidligere amt, fordeles interviewene blandt dem, svarende til antallet af misbrugere i behandling i de tidligere amter. Efterfølgende er misbrugscentrene udvalgt ud fra et ønske om variation i brugerantal og et ønske om at inddrage både større og mindre byer såvel som landområder.

Størstedelen af døgntilbehandlingen af stofmisbrugere foregår på institutioner, som ikke er knyttet til en bestemt kommune og har brugere fra mange forskellige kommuner. Ved udvælgelsen af døgntilbehandlingsstederne er der lagt vægt på at opnå en geografisk spredning og en variation i forhold til behandlingsmetode, antal brugere og ejerforhold. Stederne varierer således fra at have 6 til 60 brugere i behandling. Der er både offentlige og private, selvejende behandlingsinstitutioner inkluderet, og deres behandlingsmetoder dækker de primært anvendte behandlings-tilgange som fx den socialpædagogiske metode og 12-trins-modellen.

INFORMATION, SAMTYKKE OG INTERVIEW

De udvalgte behandlingssteder har alle modtaget informationsmateriale og plakater om undersøgelsen, så behandlingsstedernes brugere i forvejen blev orienteret om den forestående undersøgelse. Personalet har i den forbindelse i større eller mindre grad forsøgt at motivere brugerne til at deltage og forklare dem undersøgelsens formål.

På døgntilbehandlingsinstitutionerne har processen for spørgeskemainterviewene været, at en interviewer har besøgt institutionen på nogle med personalet aftalte dage. Intervieweren har gennemført interviewene i et separat lokale på behandlingsstedet. Brugernes anonymitet i undersøgelsen er i den forbindelse blevet yderligere understreget for at opnå så fyldestgørende svar som muligt.

Interviewene på de offentlige stofmisbrugscentre er i de fleste tilfælde foregået på en tilsvarende måde. En interviewer har opholdt sig på misbrugscentrets afdelinger i en periode og spurgt brugere, der kom

13. Sundhedsstyrelsens Register over stofmisbrugere i behandling giver mulighed for at se antallet af stofmisbrugere i behandling fordelt på amtsniveau i 2006, hvilket er de senest tilgængelige oplysninger.

ind, om de ønskede at deltage i undersøgelsen. De interesserede brugere er blevet interviewet på behandlingsstedet i et separat lokale.

En del af misbrugscentrenes brugere kommer dog ikke på behandlingsstedet hver uge, fx fordi de henter metadon på apoteket, er i privat dagbehandling eller kun er i kontakt med misbrugscentret forholdsvist sjældent. Ifølge en tentativ rundspørge blandt de udvalgte behandlingssteder er dette tilfældet for ca. 30 pct. af brugerne. Der er dog store variationer fra kommune til kommune. SFI har også søgt at få kontakt til en del af disse brugere, men som tidligere nævnt kan kontaktoplysninger kun udleveres med brugerens samtykke. De udvalgte misbrugscentre er derfor blevet bedt om at sende et brev til alle brugere, der ikke kommer på misbrugscentrets behandlingssteder hver uge, hvor de opfordres til at give samtykke til, at SFI må kontakte dem. Brugerne i døgnbehandling har ikke indgået i udvælgelsen, da døgnbehandlingsstederne er udvalgt separat, som det fremgår ovenfor. I brevet til brugerne var der vedlagt en frankeret svarkuvert, som kunne bruges til at sende samtykkeerklæringen til SFI. Ifølge misbrugscentrenes opgørelser er disse breve sendt til ca. 1.500 brugere fordelt i hele landet. Disse brugere er desuden i større eller mindre grad blevet opfordret til at deltage i undersøgelsen af personalet på misbrugscenteret i forbindelse med samtaler. 187 brugere har givet samtykke til, at SFI må kontakte dem. Disse brugere har modtaget et informationsbrev og er derefter blevet kontaktet og interviewet telefonisk eller på deres bopæl – alt efter hvad de har ønsket. Det var muligt for SFI på denne måde at gennemføre spørgeskemaet med 130 af de brugere, som havde givet samtykke.

REPRÆSENTATIVITETSANALYSE

Fremgangsmåden med at interviewe brugere på centrene, suppleret med interview baseret på samtykke med brugere, der vurderes at komme sjældent på centrene, indebærer en risiko for en skævhed i gruppen af interviewpersoner sammenlignet med den samlede population af brugere. Derfor er deltagerne i undersøgelsen blevet sammenlignet med populationen af alle stofmisbrugere i behandling, baseret på de seneste tilgængelige tal fra Sundhedsstyrelsen fra 2006. Sammenligningen er lavet på det vægtede datasæt, som bliver anvendt i alle analyserne, og antallet af brugere i døgnbehandling er således vægtet ned i denne analyse.

Deltagerne i undersøgelsen afviger mest fra populationen med hensyn til hovedmisbrugsstof, alder og behandlingsomfang. Der er en

overrepræsentation på 19 procentpoint af både brugere, som har opiatater som misbrugsstof, og brugere, som får substitutionsbehandling, og brugere over 35 år. Der er desuden en overrepræsentation på 10 procentpoint af brugere, som ikke tidligere har været i behandling, samt en overrepræsentation på 8 procentpoint af brugere, som kun har fuldført 10. klasse. Det er således særligt unge brugere og brugere, som modtager ambulant behandling uden substitutionsmedicin, der er underrepræsenteret i undersøgelsen. Ifølge Sundhedsstyrelsens register er ca. 38 pct. af brugerne i stoffri behandling af en intensitet svarende til ad hoc, ambulant eller dagbehandling, mens dette er tilfældet for 27 pct. i stikprøven. For brugerne i aldersgruppen 18-24 år er det ca. 79 pct. i populationen mod 61 pct. i stikprøven. Disse skævheder i stikprøven må i nogen grad forventes at påvirke undersøgelsens resultater, idet fx brugere, som tager substitutionsmedicin, adskiller sig fra brugere, som ikke tager substitutionsmedicin, med hensyn til formål, intensitet og indhold af behandlingen såvel som tilfredshed med behandlingen.

En sammenligning af brugere interviewet på behandlingsstederne med brugere, som har givet samtykke, viser, at brugere interviewet på baggrund af samtykke er mere ressourcestærke økonomisk og uddannelsesmæssigt.¹⁴

SURVEYEN TIL TIDLIGERE BRUGERE

Der er i undersøgelsen også gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt et udtræk af brugere, der var indskrevet i behandlingssystemet i 2006. Denne survey er gennemført i perioden medio 2008 til februar 2009. Den tager udgangspunkt i en stikprøve på 3.000 personer fra Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling fra 2006, hvor der er 13.644 brugere registreret. I stikprøven på de 3.000 brugere indgår ikke personer med forskerbeskyttelse og personer uden oplyst adresse.

De 3.000 brugere i stikprøven har alle fået tilsendt et informationsbrev om undersøgelsen til deres folkeregisteradresse. Et lignende

14. Yderligere oplysninger om spørgeskemaundersøgelsen blandt de nuværende brugere af behandlingsstederne og respondentgruppens repræsentativitet findes i undersøgelsens Delrapport 2 – Brugernes og de pårørendes perspektiv.

informationsbrev blev desuden sendt til alle behandlingssteder i Danmark. Brugere er efterfølgende forsøgt kontaktet telefonisk og på bopælsadressen med henblik på at spørge, om vedkommende ønskede at deltage i undersøgelsen. Brugere, som har et telefonnummer registreret, er først blevet forsøgt kontaktet på dette et antal gange – typisk tre gange. Hvis interviewer ikke har kunnet komme i kontakt med brugeren telefonisk, er vedkommende efterfølgende forsøgt kontaktet tre gange på sin bopæl. Brugere, som ikke har et telefonnummer registreret, er forsøgt kontaktet tre gange på bopælen. Brugere, som er kontaktet telefonisk, har haft mulighed for at blive interviewet ved besøg og omvendt, hvis brugeren har ønsket det. Interviewerne er blevet instrueret om ikke at beskrive undersøgelsens indhold til andre end personen, der indgår i stikprøven.

Af de 3.000 brugere i stikprøven har 1.279 besvaret spørgeskemaet, hvilket giver en svarprocent på 43 pct. Af disse har 16 respondenter dog ikke gennemført en besvarelse af hele spørgeskemaet. Af de 1.279 er 51 pct. interviewet over telefonen og 49 pct. ved besøg eller besøg kombineret med telefonopkald. Ud over de 43 pct. af stikprøven på 3.000 brugere, som har besvaret spørgeskemaet, har det ikke været muligt at komme i kontakt med 28 pct., og 18 pct. har ikke ønsket at deltage. En forholdsvis stor del af frafaldet skyldes således, at brugere ikke har kunnet træffes hverken telefonisk eller på deres adresse. De resterende 11 pct. har ikke kunnet deltage, fordi respondenter var flyttet til udlandet (1 pct.), var død (1 pct.), havde for store sproglige vanskeligheder (1 pct.), var syg (2 pct.), var bortrejst (2 pct.), fordi respondenter ikke kunne træffes tilstrækkeligt upåvirket til, at interviewet kunne gennemføres (1 pct.), eller fordi respondenter nægtede at have modtaget stofmisbrugsbehandling (3 pct.).

Spørgeskemaundersøgelsen kombineres i analyserne med registerdata fra Danmarks Statistik og registerdata om brugernes behandling og stofindtag fra Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling. Ud fra dette beskrives, hvilken behandling og øvrig hjælp brugere har fået siden 2006 for deres stofmisbrugsproblemer og øvrige problemer, samt hvordan deres livssituation er i dag.

REPRÆSENTATIVITETSANALYSE

En sammenligning mellem de interviewede brugere og populationen af brugere indskrevet i stofmisbrugsbehandling i 2006, baseret på register-

data, viser, at der ikke er signifikant forskel på stikprøven og populationen i forhold til hovedmisbrugsstof, hyppighed af indtagelse af hovedmisbrugsstof, behandlingsintensitet, og om brugeren fik substitutionsbehandling ved seneste behandling og brugerens risikoadfærd.

Der er en lille og signifikant forskel i brugernes behandlingsstatus ved udgangen af 2006, idet stikprøven indeholder 4 procentpoint flere brugere, som stadig var indskrevet i stofmisbrugsbehandling ved udgangen af 2006, end populationen. Stikprøven indeholder desuden 5 procentpoint flere brugere, som har været i behandling i mere end 5 år, og færre brugere, som har været i behandling i 2 år eller mindre. Der er desuden 3 procentpoint færre i stikprøven, som ikke har været i behandling tidligere. Forskellene er dog så små, at de ikke vurderes at have nogen væsentlig indflydelse på muligheden for at generalisere analyserne til at gælde den samlede population af stofmisbrugere i behandling.

Der er desuden nogle små, men signifikante forskelle mellem de interviewede brugere og populationen på en række baggrundsvARIABLE. Der er ikke nogen signifikant forskel på stikprøven og populationen med hensyn til kønsfordeling eller etnicitet. I stikprøven er der dog 6 procentpoint flere brugere over 44 år, 4 procentpoint flere, som ikke har været indlagt for somatisk sygdom i perioden 2001-2005, 3 procentpoint færre, der har været indlagt med en psykisk diagnose i perioden 1994-2005, 10 procentpoint færre med en ubetinget straf i perioden 1994-2005, 5 procentpoint færre, som har været anbragt som børn, 4 procentpoint færre enlige uden børn, 4 procentpoint færre, som kun havde færdiggjort en folkeskoleuddannelse i 2005, og 8 procentpoint færre på konstanthjælp i 2005 end i populationen. Den geografiske fordeling af brugerne i stikprøven afviger lidt fra populationen, idet der er færre brugere fra Københavns Kommune (4 procentpoint) og byer med mere end 30.000 indbyggere (2 procentpoint), mens der er flere brugere fra byer med mindre end 30.000 indbyggere (5 procentpoint).

Der er således kun forholdsvis små forskelle mellem stikprøven og populationen på stofmisbrugs- og behandlingsvariablene, mens der er en lidt større forskel på baggrundsvARIABLE. Med hensyn til somatisk og psykisk sygdom samt anbringelser er forskellene også forholdsvis små, men peger på en lille underrepræsentation af de svageste brugere i stikprøven. På trods af disse forholdsvis små forskelle vurderes stikprøven overordnet at være repræsentativ for populationen, og konklusionerne i

analyserne må antages at kunne generaliseres til alle stofmisbrugere i behandling i perioden.¹⁵

PÅRØRENDE-SURVEYEN

I spørgeskemaundersøgelsen til de nuværende brugere i stofmisbrugsbehandling er brugerne blevet spurgt, om SFI måtte kontakte deres pårørende med henblik på et spørgeskemainterview om deres oplevelse af stofmisbrugsbehandlingen. Der er alene blevet spurgt efter pårørende, som ikke selv er misbrugere, da det ellers vil være vanskeligt at adskille brugeren og den pårørendes misbrugsbehandling. Hver bruger har haft mulighed for at oplyse navn, adresse og telefonnummer på en til tre pårørende. 348 brugere har valgt at give samtykke til, at SFI kan kontakte mindst én af deres pårørende, hvilket har givet kontaktinformation til 404 pårørende i alt. Af disse er der dog kun 315, som har kunnet kontaktes via brugerens oplysninger, og som har ønsket at medvirke i undersøgelsen. SFI har kontaktet alle de pårørende, brugere har givet kontaktoplysninger på. I 48 tilfælde er to pårørende til den samme bruger derfor blevet interviewet, og i 4 tilfælde er tre pårørende til den samme bruger blevet interviewet.

Alle pårørende med oplyste adresser har fået tilsendt et informationsbrev og er efterfølgende blevet kontaktet telefonisk op mod seks gange med henblik på at gennemføre interviewet.

Blandt de pårørende, som har besvaret undersøgelsen, er 59 pct. forældre til misbrugeren, 17 pct. er ægtefælle eller partner, 14 pct. er søster eller bror, 7 pct. har en mor og far i stofmisbrugsbehandling, og 3 pct. har andre relationer til brugeren såsom ven, nevø, niece m.m. 67 pct. af de interviewede pårørende er kvinder, og 72 pct. er over 40 år. Langt størstedelen af de pårørende (98 pct.) er primært opvokset i Danmark. 75 pct. af de pårørende er i en eller anden form for beskæftigelse, mens 25 pct. er uden for beskæftigelse.¹⁶

15. Yderligere oplysninger om spørgeskemaundersøgelsen blandt de tidligere brugere findes i Delrapport 6 – Resultater af behandlingen.

16. Spørgeskemaundersøgelsen til pårørende til brugere i stofmisbrugsbehandling er yderligere beskrevet i Delrapport 2 – Brugernes og de pårørendes perspektiv.

BEHANDLINGSSTEDS-SURVEYEN

Spørgeskemaet til behandlingsledere er blevet udsendt elektronisk til alle identificerede behandlingssteder i Danmark, som har omsorgs- og/eller behandlingstilbud til stofmisbrugere. Ledere fra i alt 130 behandlingssteder blev bedt om at besvare spørgeskemaet, og 117 har gjort dette, hvilket giver en svarprocent på 90 pct.

Behandlingsstederne er primært identificeret via Tilbudsportalen (www.tilbudsportalen.dk), men listen er blevet suppleret med nogle få behandlingstilbud, som ikke er registreret her. Lederen af tilbuddet er blevet bedt om at udfylde skemaet, og spørgeskemaet blev udsendt elektronisk til behandlingslederens mailadresse. En uge efter udsendelsen fik behandlingsledere, der endnu ikke havde svaret, en påmindelsesmail, og efter svarfristens udløb fik de, der stadig ikke havde svaret, en rykker-mail. Spørgeskemaundersøgelsen er gennemført i januar/februar 2009.

Fordelingen mellem ambulante behandlingssteder og døgnbehandlingssteder er ens for deltagende og ikke-deltagende behandlingssteder, mens der er en tendens til, at en lidt større andel af de offentlige behandlingssteder end private behandlingssteder ikke har deltaget. Afvigelsen er dog lille. Ikke alle 117 deltagende behandlingsledere har svaret på samtlige relevante spørgsmål, idet 104 har besvaret hele spørgeskemaet.

En del behandlingsledere har oplyst, at deres besvarelser er udformet sammen med en større eller mindre del af personalegruppen. Det betyder, at svarene ikke altid (kun) er udtryk for behandlingslederens vurdering. Vi har imidlertid ikke opgørelser over, hvor stor en andel af besvarelserne andre end behandlingsledere har været medvirkende til at udforme.

Spørgeskemaerne til de ambulante behandlingssteder og døgnbehandlingssteder er på de fleste spørgsmål enslydende. Spørgsmålene omkring behandlingsintensitet er dog lidt forskellige, og det samme gælder spørgsmål om brug af tilbud om tilbageholdelse, som kun er relevante for døgnbehandlingsstederne, samt nogle spørgsmål om brug af tilbud under karantæne, som kun de ambulante behandlingstilbud er blevet stillet. Spørgeskemaet til de ambulante behandlingssteder består af 95 spørgsmål, mens spørgeskemaet til døgnbehandlingsstederne består af 100 spørgsmål.

Besvarelser på spørgsmål af deskriptiv karakter omkring fx brugerantal, antal behandlere mv. er ikke anonyme, da oplysningerne samtidig indgår som en del af Servicestyrelsens opbygning af viden på stofmisbrugsområdet og herunder viden om de enkelte, specifikke behandlingssteder. En række andre spørgsmål er anonymiseret, nemlig i tilfælde af, at manglende anonymitet kunne forventes at påvirke validiteten af besvarelsene. Anonymiseringen er anvendt i forbindelse med vurderinger af, om lovgivning overholdes, samarbejdsrelationer mv.¹⁷

SURVEYEN TIL KOMMUNALE MYNDIGHEDSPERSONER

Spørgeskemaet til de kommunale myndighedspersoner er sendt til samtlige kommuner, og 86 kommuner har besvaret spørgeskemaet, hvilket giver en svarprocent på 87 pct. Kommunerne er blevet kontaktet telefonisk med henblik på at fremskaffe kontaktoplysninger på den relevante myndighedsperson på stofmisbrugsområdet til at besvare spørgeskemaet. Denne person har fået et link til et elektronisk spørgeskema tilsendt elektronisk med en svarfrist på 2 uger. Efter 1 uge er der sendt en påmindelsesmail, og efter fristens udløb er der udsendt rykkermail til de kommuner, som ikke havde besvaret spørgeskemaet. Spørgeskemaerne er indsamlet i januar/februar 2009.

Blandt de kommuner, som ikke har besvaret spørgeskemaet, udfører fem selv stofmisbrugsbehandling, mens syv har samarbejdsaftaler med kommunale eller regionale leverandører om levering af stofmisbrugsbehandling. En enkelt af de 86 kommuner har kun besvaret første del af spørgeskemaet, da kommunen har samarbejdsaftale med en anden kommune om både myndighedsopgaven og levering af ydelser på stofmisbrugsbehandlingsområdet. Spørgeskemaet blev sendt til myndighedspersoner såsom ledere af afdelingen for udsatte eller fuldmægtige i denne afdeling eller andre afdelinger, som stofmisbrugsbehandlingen er organiseret under i kommunerne. I nogle kommuner har myndighedspersonerne dog fundet det mere relevant at lade en behandlingsleder besvare spørgeskemaet, da vedkommende har det umiddelbare ansvar for de opgaver, spørgeskemaet omhandler. I de tilfælde, hvor kommunen har

17. Yderligere oplysninger om spørgeskemaundersøgelsen til behandlingsstederne findes i Delrapport 3 – Behandlingstilbud og metoder.

en samarbejdsaftale om stofmisbrugsbehandlingen, er respondenterne blevet instrueret i selv at besvare spørgeskemaet på vegne af kommunen frem for at sende spørgeskemaet videre til behandlingsstedet. De er blevet bedt om at svare 'ved ikke' på spørgsmål, som de ikke kan besvare, fordi opgaven løses af en anden kommune via en samarbejdsaftale. I to tilfælde er spørgeskemaet dog delvist besvaret af et behandlingssted tilhørende en anden kommune, som respondentkommunen har samarbejdsaftale med, og som har et behandlingssted placeret i respondentkommunen.

Spørgeskemaet til myndighedspersonerne består af 79 spørgsmål. Nogle af spørgsmålene er af deskriptiv karakter og er besvaret ikke-anonymt, idet disse spørgsmål samtidig indgår i Servicestyrelsens opbygning af viden på stofmisbrugsområdet på kommuneniveau. De øvrige spørgsmål er anonyme, idet manglende anonymitet ville kunne forventes at påvirke validiteten af besvarelsene. Det drejer sig om en række følsomme oplysninger som fx vurdering af, om lovgivning overholdes, om kvalitet af behandlingen og vurdering af samarbejdsrelationer mv. Hvis besvarelsen af et spørgsmål er anonym, er dette angivet i spørgsmålet.

De kommunale myndighedspersoner er desuden i spørgeskemaet blevet bedt om at indsende deres kvalitetsstandard til SFI, såfremt kommunen har en sådan. I de tilfælde, hvor kommunen har en kvalitetsstandard, men ikke har indsendt den, er kvalitetsstandarden søgt fundet på internettet, eller kommunen er blevet kontaktet med henblik på at indhente den.¹⁸

VISITATOR-SURVEYEN

Dette spørgeskema er udsendt elektronisk til visitatorer i samtlige kommuner i perioden februar/marts 2009. 88 pct. af visitatorerne har besvaret dette spørgeskema.

Alle kommuner i Danmark er blevet bedt om at opgive et navn og kontaktoplysninger på en visitator på stofmisbrugsområdet, som derefter er blevet bedt om at deltage i spørgeskemaundersøgelsen. Kontaktoplysningerne blev i første omgang indsamlet i forbindelse med spørge-

18. Spørgeskemaet til kommunerne og yderligere oplysninger om denne survey findes i Delrapport 4 – Kvalitetsudvikling og kvalitetsstandards.

skemaundersøgelsen blandt myndighedspersoner i alle kommuner. Myndighedspersonerne blev i forbindelse med deres besvarelse bedt om at udpege en visitator eller en person med visitationskompetence i kommunen. Kommuner, som ikke har givet disse kontaktoplysninger i forbindelse med spørgeskemaet til myndighedspersoner, er blevet kontaktet telefonisk. Spørgeskemaet er udsendt til visitatorer i samtlige kommuner samt til en visitator på hvert af de fire københavnske rådgivningscentre.¹⁹

Survey-materialet er indsamlet i februar/marts 2009. Visitatorerne har fået et link til et elektronisk spørgeskema tilsendt pr. mail. Efter en uge er der sendt en påmindelsesmail, og efter svarfristens udløb er der udsendt rykkermail til de visitatorer, som ikke havde besvaret spørgeskemaet.

101 visitatorer er blevet bedt om at udfylde spørgeskemaet (97 kommuner plus de fire rådgivningscentre fra København), og 89 har udfyldt det helt eller delvist, hvilket giver en svarprocent på 88 pct. Blandt de 12 kommuner, der ikke har svaret, udfører seks kommuner selv stofmisbrugsbehandling, og seks kommuner køber primært stofmisbrugsbehandling ved regionale og kommunale samarbejdspartnere. Fordelingen i bortfaldet svarer omtrent til fordelingen blandt de kommuner, der har besvaret spørgeskemaet.

Besvarelser på spørgsmål af deskriptiv karakter fx omkring, hvilke former for visitation kommunen varetager, hvem der sidder i et eventuelt visitationsudvalg, og hvilke behandlingstilbud kommunen bruger, er ikke anonyme, da oplysningerne samtidig indgår som en del af Servicestyrelsens opbygning af viden på stofmisbrugsområdet og herunder viden om de enkelte kommuner. En række andre spørgsmål er anonymiseret. Det er i tilfælde af, at manglende anonymitet kan forventes at påvirke validiteten af besvarelserne. Det drejer sig eksempelvis om spørgsmål, hvor visitatorerne bliver bedt om at vurdere forhold, der er af afgørende betydning for kvaliteten i deres arbejde, eller de bliver bedt om at angive, hvad de mener om forskellige samarbejdspartnere.²⁰

19. Københavns Kommune er inddelt i fire områder, som har hver deres rådgivningscenter med en modtageenhed, der er indgang for al stofmisbrugsbehandling for de borgere, der bor i det givne område. I rapporten skelner vi ikke mellem visitatorer fra de øvrige kommuner og fra de københavnske rådgivningscentre.

20. Yderligere oplysninger om surveyen til visitatorerne findes i Delrapport 5 – Visitation og sagsbehandling.

JOURNALUNDERSØGELSEN

Datamaterialet i journalundersøgelsen er baseret på en gennemgang af 470 tilfældigt udtrukne brugeres journaler, hvorfra forskellige oplysninger vedrørende brugerne og deres behandling er registreret. Data er indsamlet i to perioder. Den første dataindsamling er foregået i april 2007 til juni 2007 og vedrører i alt gennemlæsning af 180 tilfældigt udtrukne journaler fra to behandlingssteder i Københavns Kommune. Resultater fra denne undersøgelse er analyseret i SFI-rapporten *Skadesreduktion i praksis* (Andersen & Järvinen, 2009). Anden dataindsamling er foretaget i perioden december 2008 til marts 2009. Her blev 290 tilfældigt udtrukne journaler fra i alt fire behandlingssteder gennemlæst. De fire behandlingssteder er beliggende henholdsvis i Jylland, på Fyn samt på Sjælland.

Alle journaler er udtrukket tilfældigt af den samlede population af brugere i de pågældende kommuner. I første runde af journalundersøgelsen (2007) blev alle ikke-opiat-misbrugere sorteret fra, idet materialet skulle bruges til en undersøgelse af behandlingstilbud til netop opiat-misbrugere (jf. Andersen & Järvinen, 2009). Af den grund er der fra ét af behandlingsstederne i anden runde kun anvendt journaler fra ikke-opiat-misbrugere, dvs. misbrugere af fx kokain, benzodiazepiner, ecstasy, amfetamin og hash, for at få en mere repræsentativ fordeling af brugere på stoftyper. Ved de øvrige tre behandlingssteder i anden runde er der indsamlet journaloplysninger fra både misbrugere af opiater og alle andre former for stoffer. For begge dataindsamlinger gælder, at stofmisbrugere i alle behandlingstyper er indgået i udtrækket. Journalerne er blevet udtrukket og læst på behandlingsstederne. Årsagen hertil er, at ingen brugernavne, cpr-numre, adresser eller andre følsomme oplysninger har måttet forlade behandlingsstederne. De involverede projektmedarbejdere har alle underskrevet tavshedspligtserklæringer, før de har fået adgang til brugernes journaler.

Udgangspunktet er taget i de elektroniske journaler på nær et behandlingssted, hvor der kun forelå papirjournaler. Hvis der ved behandlingssteder, som havde elektroniske journaler, ligeledes forelå tilgængelige papirjournaler i tilknytning hertil, er disse også blevet gennemgået. Derimod indgår behandlernes eventuelle private notater om brugeren ikke i undersøgelsen, ligesom der ikke indgår journalnotater fra andre systemer såsom egen læge, psykiatri osv.

Datamaterialet er således udelukkende baseret på behandlingsstedernes journaler og dermed det behandlingsindhold, der er journalført. Der kan være brugere, som har et mere intensivt behandlingsforløb, flere handleplaner osv., end det fremgår af journalerne.²¹

UNDERSØGELSEN BLANDT DE FRIVILLIGE ORGANISATIONER

Der er gennemført kvalitative interview med repræsentanter fra 16 frivillige organisationer og institutioner. Enkelte yderligere organisationer blev kontaktet. En af disse ønskede ikke at deltage, enkelte meldte ikke tilbage, og en enkelt havde ikke mulighed for at tilrettelægge en interviewaftale inden for undersøgelsens tidshorisont.

Kriterierne for udvælgelse var, at der skulle være tale om en privat frivillig organisation, der har stofmisbrugere og/eller tidligere stofmisbrugere som målgruppe eller som del af sin målgruppe. Flere af organisationerne har en bredere målgruppe end alene stofmisbrugere og tidligere stofmisbrugere, mens andre har en mere snæver brugergruppe, dvs. at de fx retter sig mod kvindelige stofmisbrugere eller kun tidligere misbrugere. Det var endvidere vigtigt, at de store landsdækkende organisationer, der arbejder med udsatte grupper, skulle indgå i undersøgelsen, og at der skulle være en bred geografisk dækning blandt de deltagende organisationer.

Nogle af interviewsamtalerne blev gennemført som fokusgruppeinterview med deltagelse af mellem to og seks personer, hvor repræsentanter fra ledelse, medarbejdere og/eller frivillige deltog. I alt blev der gennemført otte fokusgruppeinterview og fem interview, hvor kun en enkelt person fra organisationen deltog. Blandingen af fokusgruppeinterview og enkeltpersoninterview blev valgt for både at få mulighed for at få flere forskellige synsvinkler repræsenteret inden for samme organisation og for at få mulighed for at gå mere i dybden med organisationens overvejelser og begrundelser. I to interview deltog repræsentanter fra flere organisationer.

21. Yderligere information om journalundersøgelsen findes i Delrapport 5 – Visitation og sagsbehandling.

Til selve interviewene blev udarbejdet en åben, temabaseret interviewguide. Organisationerne fik denne tilsendt forud for interview-samtalen, således at de havde mulighed for at reflektere over emnerne forinden og drøfte synspunkter og problematikker med andre medarbejdere i organisationen, som ikke skulle deltage i selve interviewsamtalen. Alle interview blev optaget på bånd, og organisationerne blev informeret om, at organisationens navn ville fremgå i rapporten, men at deres holdninger og udsagn derudover ville fremstå anonyme.²²

KVALITATIVE INTERVIEW

Ud over interviewene med repræsentanter for de frivillige organisationer er der også gennemført kvalitative interview med brugere, pårørende, behandlingsledere, kommunale myndighedspersoner og visitatorer. Disse interview har både til formål at kvalificere spørgeskemaerne og give en uddybende forståelse af de områder, spørgeskemaerne vedrører.

De kvalitative interview er kort beskrevet i det følgende, mens en yderligere beskrivelse findes i undersøgelsens delrapporter. Alle interview er gennemført ved hjælp af en semi-struktureret interviewguide og optaget digitalt. Interview med brugere og pårørende er gennemført under vilkår om fuld anonymitet. De kvalitative interview med kommuner og behandlingssteder blev gennemført under vilkår om henførbarede med efterfølgende godkendelse af interviewcitater. Efterfølgende har det vist sig, at der i de anvendte interviewudsagn er personfølsomme oplysninger fx i forhold til vurderinger af samarbejdsrelationer, herunder relationer til myndigheder. Der er derfor efterfølgende foretaget en fuld anonymisering af alle interviewudsagn i undersøgelsens afreporteringer.

BRUGERE

Den kvalitative undersøgelse af brugernes oplevelse af den sociale stofmisbrugsbehandling består af 30 interview med brugere i behandling. Interviewene er gennemført i to faser, hvor der i perioden februar til

22. Yderligere information om de deltagende frivillige organisationer og interviewene findes i Delrapport 1 – De frivillige organisationers perspektiv.

april 2008 blev gennemført 19 interview, mens de resterende 11 interview blev gennemført i perioden september til november 2008.

Den kvalitative undersøgelse har ikke til hensigt at være repræsentativ, da udbredelsen af holdninger og oplevelser bliver undersøgt i spørgeskemaundersøgelsen. For at give et så kvalificeret baggrundsmateriale som muligt har vi dog tilstræbt at lade valget af interviewpersoner afspejle variationen i misbrugstype, behandlingstype og geografi, som findes blandt brugerne af den sociale stofmisbrugsbehandling. Interviewpersonerne er desuden en blanding af unge brugere, som oftest har hash eller centralstimulerende stoffer²³ som hovedproblem, og brugere i metadonbehandling, som ofte er ældre og har været misbrugere i flere år.

Der er blevet gennemført interview på 10 behandlingssteder samt på Reden. I de gennemførte brugerinterview har det også været et ønske at afdække specifikke behov blandt særlige grupper, der udgør en minoritet i behandlingssystemet. Der er gennemført interview med tre brugere af Reden i Århus, hvor de mest udsatte kvinder i form af stofmisbrugere og prostituerede kommer. I alt er der gennemført seks kvalitative interview med kvinder. Det har også været et ønske at fokusere på etniske minoriteters særlige behov. Denne gruppe har det været vanskeligt at komme i kontakt med, og det har derfor kun været muligt at få et begrænset antal interview med repræsentanter for denne gruppe i den kvalitative analyse.

PÅRØRENDE

Den kvalitative undersøgelse af pårørendes oplevelser af og erfaringer med den sociale stofmisbrugsbehandling består af 15 interview med pårørende til en aktuel eller tidligere stofmisbruger. Interviewene er gennemført i perioden april til maj 2008 og har fundet sted enten på den pårørendes bopæl, arbejdsplads eller via telefonen.

De interviewede pårørende er alle personer, som enten er i familie (dvs. er forældre, kæreste, ægtefælle, bror og søster) eller nære venner med en misbruger. Samtlige af de pårørende har oplyst, at de ikke selv er stofmisbrugere. Det var en vigtig parameter i udvælgelsen af de pårørende, da man ellers kunne forvente, at deres perspektiv på behandlingssystemet i høj grad ville kunne stamme fra egne behandlingserfaringer.

²³ Centralstimulerende stoffer inkluderer amfetamin, kokain, ecstasy og lignende stoffer.

For at give et nuanceret billede af de pårørendes oplevelser og erfaringer af det sociale behandlingssystems styrker og svagheder blev der tilstræbt en variation, hvad angår brugernes geografiske opholdssted, familie-/venneforhold, misbrugsmønstre, behandlingstype samt misbrugstype.

De pårørende er blevet kontaktet via pårørendeorganisationer med forespørgsel om interesse i medvirken til undersøgelsen.²⁴ Ved at kontakte de pårørende via pårørendeforeningerne er der en risiko for, at det kun er en bestemt type pårørende, vi kommer i kontakt med. Det er således muligt, at det primært er de mest ressourcestærke pårørende, som har overskud til at engagere sig i en pårørendeforening. På den anden side er fordelene ved at rekruttere deltagere til interview på denne måde, at deltagerne har forholdt sig til det at være pårørende til en misbruger og måske også har et mere indgående kendskab til misbrugerens behandling. Disse pårørende har således i høj grad bidraget til at finde frem til, hvilke aspekter ved behandlingen det er mest relevant at spørge om i spørgeskemaundersøgelsen.

BEHANDLINGSLEDERE

13 behandlingsledere fra 10 forskellige behandlingssteder er blevet interviewet i løbet af sommer og efterår 2008.

Vi har tilstræbt at interviewe ledere fra forskellige behandlingstilbud, dvs. både ledere fra offentlige og private tilbud samt ledere fra både ambulante tilbud og døgntilbud. To af de interviewede ledere har været ledere for både et ambulant, offentligt behandlingstilbud og et offentligt døgnbehandlingstilbud. De ambulante tilbud omfatter fx specialiserede tilbud til stabile substitutionsbrugere og dagbehandlingstilbud målrettet opnåelse og fastholdelse af stoffrihed. Døgntilbuddene omfatter både stoffri tilbud, fx specialiserede tilbud til unge og omsorgsorienterede tilbud til ældre stofmisbrugere. To af behandlingsstederne ligger i København, fire ligger på Sjælland eller Lolland/Falster, et ligger på Fyn og tre ligger i Jylland.

24. For en gennemgang af disse organisationer henvises til Delrapport 2 – brugerne og de pårørendes perspektiv.

KOMMUNALE MYNDIGHEDSPERSONER

Kommunale myndighedspersoner fra 14 kommuner er interviewet i perioden august til oktober 2008. To af disse kommunale myndighedspersoner er også visitationsledere for stofmisbrugsområdet i deres kommune og indgår derfor også som visitatorer i undersøgelsen. Både repræsentanter fra kommuner, som selv udfører stofmisbrugsbehandlingen, og kommuner, som benytter eksterne leverandører, er interviewet. Interviewkommunerne er desuden geografisk spredt over hele landet, og de fire største kommuner såvel som mindre kommuner er repræsenteret.

VISITATORER

I efteråret 2008 er der gennemført interview med visitatorer fra de samme 14 kommuner, hvor myndighedspersonerne blev interviewet. 11 af de 14 visitatorer er fra udfører-kommuner, mens tre er fra bestiller-kommuner. Nogle visitatorer er placeret på et behandlingssted, der udfører behandling, mens andre er placeret i en myndighedsafdeling. Det gælder navnlig for kommuner, der har adskilt drift af stofmisbrugsbehandlingen fra bestiller-funktionen (dvs. myndighedsafdelingen bestiller stofmisbrugsbehandling fra behandlingsstedet ved at visitere brugere dertil eller godkende visitationer dertil og betaler derefter for hver enkelt bruger).

BEHANDLINGSTYPER OG INTENSITET

I dette kapitel belyser vi, hvilke typer af sociale behandlingsydelser brugerne i misbrugsbehandlingen modtager. Vi ser på fordelingen af behandlingstyper og behandlingsintensiteter, herunder om brugeren er i døgnbehandling, dagbehandling, ambulant behandling eller modtager ad hoc-samtaler. Vi ser også på, i hvilket omfang brugeren modtager individuelle samtaler, herunder samtaler med psykolog/psykiater og øvrige behandlingssamtaler, gruppebehandling, samt om brugeren modtager substitutionsbehandling. Vi ser endvidere på, hvilke ønsker brugerne har til omfanget og karakteren af behandlingsydelserne.

BEHANDLINGSINTENSITET

De væsentligste overordnede behandlingsintensiteter i den sociale stofmisbrugsbehandling består i døgnbehandling, dagbehandling, ambulant dagbehandling og ambulant behandling. Hertil kommer brugere, som modtager ad hoc-samtaler, dvs. samtaler sjældnere end hver 14. dag. Sidstnævnte stemmer ikke overens med behandlingsgarantiens intentioner, medmindre brugeren har været længere tid i behandling, og stabilisering er det umiddelbare mål for indsatsen. Hvor døgnbehandling generelt foregår på døgnbehandlingsinstitutioner, foregår dagbehandlingen og den ambulante behandling typisk på de lokale misbrugscentre.

Vi har ud fra surveyen til de nuværende brugere af behandlingsstederne opgjort, hvilken behandlingsintensitet de interviewede brugere modtager (tabel 5.1). Vi skelner her mellem fire behandlingsintensiteter, nemlig døgnbehandling, dagbehandling, ambulant behandling samt ad hoc-samtaler.²⁵ Her skal det særligt bemærkes, at antallet af personer i døgnbehandling som nævnt i metodeafsnittet har været opstratificeret, og at denne andel i tabellerne er nedstratificeret til at svare til landsgennemsnittet. Det er således særligt fordelingen mellem de øvrige behandlingsintensiteter, som tabellen afdækker.

TABEL 5.1

Brugerne fordelt efter behandlingsintensitet. Antal og procent.

Behandlingsintensitet	Antal brugere	Procent af brugere
Ad hoc	442	44
Ambulant	402	40
Dag	70	7
Døgn	96	10
I alt	1.010	100

Anm.: Social stofmisbrugsbehandling defineres som bestående af samtaler med psykolog og/eller andet personale samt gruppebehandling. Ad hoc ≤ 1 gang om måneden. 1 < Ambulant ≤ 11 gange social stofmisbrugsbehandling pr. måned. Dagbehandling >11 gange social stofmisbrugsbehandling pr. måned. Døgnbehandling, hvis deltageren har angivet dette.

Kilde: Bruger-surveyen.

7 pct. af brugerne er i dagbehandling, og 40 pct. modtager ambulant behandling. Det er særligt bemærkelsesværdigt, at den største gruppe af brugere, der er interviewet i bruger-surveyen, er gruppen, der modtager ad hoc-samtaler.

Der kan her være tale om, at indsamlingsmetoden, hvor hovedparten af de interviewede brugere er truffet på behandlingscentre, favoriserer denne gruppe, da der i ad hoc-gruppen indgår en stor gruppe af opiat-misbrugere i substitutionsbehandling, og som hyppigt (ofte hver

25. Dagbehandling er operationaliseret således, at en social behandlingsydelse modtages 12 gange om måneden eller derover. Ad hoc-samtaler er operationaliseret således, at brugeren modtager samtaler en gang om måneden eller sjældnere. Alt derimellem er kategoriseret som ambulant behandling. Der er således ikke skelnet mellem dagbehandling og ambulant dagbehandling, da en sådan sondring ville være vanskelig at operationalisere i spørgeskemaet.

dag eller flere gange ugentligt) afhenter substitutionsmedicin på behandlingsstederne.

Der kan være mange grunde til, at en betydelig del af brugerne modtager ad hoc-samtaler. Først og fremmest er der tale om en stor gruppe af brugere i substitutionsbehandling, som forholdsvist sjældent modtager sociale behandlingsydelser. I interviewene med behandlingslederne gives der udtryk for, at mange substitutionsbrugere kommer ind til en behandlingssamtale enten efter behov eller med forholdsvis lange mellemrum, og at der i øvrigt i forbindelse med medicinudlevering mv. er mulighed for at tage problemer op, herunder aftale tid til en samtale, hvis der er behov for det. Desuden påpeges det, at en del substitutionsbrugere i langvarig behandling ikke nødvendigvis ønsker en hyppigere kontakt, og at det er planlagt i behandlingen, at de efterhånden overgår til en sjældnere kontakt med behandlingssystemet ud over medicinudleveringen. Som vi senere skal se, er der en betydelig del af gruppen, der modtager ad hoc-samtaler, som giver udtryk for, at de modtager behandlingsydelser i et tilpas omfang og i øvrigt tilkendegiver, at de er tilfredse med behandlingen.

I gruppen, der modtager ad hoc-samtaler, er der imidlertid også en større andel, der er utilfredse med behandlingen og som efterspørger flere behandlingsydelser. Vi finder i denne gruppe også en højere andel, der ikke i samme grad som de øvrige brugere oplever, at de får den hjælp til en række problemer, som de har brug for. Vi vil se nærmere på denne gruppe gennem de følgende kapitler.

Det skal endvidere påpeges, at også i den repræsentativt udvalgte survey til brugere, der var indskrevet i behandlingssystemet i 2006, kan der identificeres en gruppe af brugere, som har modtaget en lav behandlingsintensitet svarende til ad hoc-samtaler. Resultaterne af denne survey peger dog samtidig på, at gruppen er forholdsvis sammensat. Eksempelvis finder vi i surveyen til de tidligere brugere en lidt lavere andel med psykiske problemer i gruppen, der har modtaget ad hoc-samtaler, end i gruppen, der har modtaget ambulante ydelser. Det afspejler formentlig, at vi i surveyen til de tidligere brugere, hvoraf en del stadig er indskrevet i behandlingssystemet, i højere grad også har interviewet brugere med et

mere stabilt hverdagsliv, herunder også brugere, der har afsluttet et behandlingsforløb.²⁶

I en regressionsanalyse viser det sig, at der er en sammenhæng med, hvor hyppigt brugerne har modtaget sociale behandlingsydelser den seneste måned og brugernes alder og stoftype, samt brugerens indkomsttype. Det er i højere grad yngre brugere, brugere på kontanthjælp og brugere med hash eller centralstimulerende stoffer som hovedmisbrugsstof, der får en mere intensiv behandling, mens de ældre brugere, opiatmisbrugere og personer på førtidspension får en mindre intensiv behandling. Derimod er der ikke nogen sammenhæng mellem behandlingsintensiteten og brugerens køn, uddannelse, etnicitet, tidligere behandling og bopælskommune.

TABEL 5.2

Lineær regressionsanalyse af hyppigheden af sociale behandlingsydelser inden for den seneste måned.

Variabel	Koefficient	Standardfejl	Signifikansniveau
Alder	-0,130	0,0359	***
Indtægtstype			
Arbejde	-0,576	1,0764	
Kontanthjælp	3,724	0,7283	***
Pension	Reference	Reference	Reference
Stofstype			
Opiat	-5,910	1,0167	***
Opiat med blandingsmisbrug	-4,448	1,1327	***
Centralstimulerende stoffer	-0,732	1,1793	
Hash	Reference	Reference	Reference
Konstant	13,876	1,8575	***

Anm.: n = 982, * p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001.

Kilde: Bruger-surveyen.

I det følgende vil vi se på disse sammenhænge i en bivariat analyse. Der er en betydelig forskel mellem hovedmisbrugsstofgrupperne i forhold til, hvilken behandlingsintensitet brugerne modtager. Det er navnlig blandt opiat-misbrugerne, at vi finder en stor gruppe, der modtager ad hoc-

26. Resultaterne af surveyen til brugere, der var indskrevet i behandlingen i 2006, gennemgås i kapitel 12 samt i undersøgelsens Delrapport 6 – Resultater af behandlingen.

samtaler (53 pct.). Derimod er andelen kun 18 pct. i gruppen med hash-misbrug og 26 pct. i gruppen med misbrug af centralstimulerende stoffer. I de to sidstnævnte grupper finder vi en højere andel af brugere i både døgn-, dag- og ambulant behandling end blandt opiat-misbrugerne.

TABEL 5.3

Brugerne fordelt efter behandlingsintensitet, særskilt for hovedmisbrugsstof. Procent og antal.

Stofstype	Ad hoc	Ambulant	Dag-behandling	Døgn-behandling	I alt procent	I alt antal
Opiat	53	38	3	6	100	558
Opiat med blandings-misbrug	43	42	5	11	100	202
Centralstimulerende stoffer	26	38	19	16	100	144
Hash	18	48	16	17	100	93
I alt	44	40	7	10	100	997

Anm.: $\chi^2 = 112$, $p = 0,000$.

Kilde: Bruger-surveyen.

Fordelingen mellem hovedmisbrugsstofgrupperne genspejles i forskellen mellem aldersgrupperne, hvor det skal tages i betragtning, at der er flere opiat-misbrugere i de ældre aldersgrupper. Der er en tydelig tendens til, at det er i de ældre aldersgrupper, at flest brugere modtager ad hoc-samtaler med en andel på 65 pct. i gruppen, der er 45 år og derover.

TABEL 5.4

Brugerne fordelt efter behandlingsintensitet, særskilt for alder. Procent og antal.

Alder	Ad hoc	Ambulant	Dag-behandling	Døgn-behandling	I alt procent	I alt antal
18-24 år	16	40	24	21	100	76
25-34 år	29	47	11	14	100	254
35-44 år	43	43	5	8	100	389
45- år	65	29	1	5	100	288
I alt	44	40	7	10	100	1007

Anm.: $\chi^2 = 142$, $p = 0,000$.

Kilde: Bruger-surveyen.

Forskellen i behandlingsintensitet viser sig også, når vi sammenligner de forskellige forsørgelsesgrupper. Det er i gruppen på førtidspension mv., at vi finder den højeste andel, der modtager ad hoc-samtaler med 60 pct. Ikke overraskende er andelen, der modtager ad hoc-samtaler, også højere blandt brugere i arbejde med en andel på 40 pct. Det afspejler, at gruppen, der modtager ad hoc-ydelser, er en sammensat gruppe. Der kan være tale om forholdsvis ressourcetsvage brugere i langvarig substitutionsbehandling, men der kan også indgå en gruppe af mere ressourcerstærke brugere, som ikke efterspørger hyppige ydelser, og som har et fast arbejde samtidig med, at de fx modtager substitutionsmedicin eller er i behandling for misbrug af centralstimulerende stoffer.

TABEL 5.5

Brugerne fordelt efter behandlingsintensitet, særskilt for indkomsttype. Procent og antal.

Indkomsttype	Ad hoc	Ambulant	Dag-behandling	Døgn-behandling	I alt procent	I alt antal
Arbejde	40	49	9	3	100	116
Kontanthjælp	33	41	11	15	100	501
Førtidspension	60	36	1	4	100	375
I alt	44	40	7	10	100	992

Anm.: $\chi^2 = 104$, $p = 0,000$.

Kilde: Bruger-surveyen.

BEHANDLINGSTYPER

I det følgende afdækker vi, hvilken type af behandling brugerne modtager, fordelt på en række hovedkategorier. Her sonderer vi mellem substitutionsbehandling, psykologsamtaler, samtaler med andet personale og gruppebehandling. Det er samtaler med psykologer og andet personale samt gruppebehandling, der udgør den sociale behandling. Desuden har vi spurgt, om brugerne deltager i fritidsaktiviteter arrangeret af behandlingsstedet.

TABEL 5.6

Brugerne fordelt efter behandlingsindhold, særskilt for behandlingsintensitet. Procent

Behandlings- typer	Substitu- tions- behandling	Psykolog- samtaler	Samtaler med andet personale	Gruppe- behandling	Fritids- aktiviteter
Ad hoc	93	8	62	1	21
Ambulant	77	39	92	14	29
Dag	27	31	83	91	71
Døgn	21	37	83	79	87
I alt procent	76	25	77	20	34
N	1.011	1.006	1.008	1.010	1.009
P	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Anm.: Brugerne kan modtage flere typer behandling og derfor være repræsenteret i flere kategorier.

Kilde: Bruger-surveyen.

Det er i alt 76 pct. af de brugere, der indgår i bruger-surveyen, der modtager substitutionsbehandling. 25 pct. modtager psykologsamtaler, og 77 pct. modtager samtaler med andet personale. 20 pct. af brugerne modtager gruppebehandling, og 34 pct. deltager i fritidsaktiviteter.

Hvor 39 pct. modtager psykologbehandling i gruppen, der modtager ambulant behandling, er det kun 8 pct. i gruppen, der modtager ad hoc-samtaler. 92 pct. i gruppen, der modtager ambulant behandling, modtager samtaler med andet personale, mens det kun er 62 pct. i gruppen, der modtager ad hoc-samtaler, ligesom andelen, der modtager gruppebehandling, er henholdsvis 14 pct. og 1 pct. i de to grupper.

Vi ser endvidere, at en høj andel af brugerne i dag- og døgnbehandling deltager i både gruppebehandling og fritidsaktiviteter, mens andelen i disse grupper, der modtager psykologsamtaler, ikke er højere end i gruppen, der modtager ambulant behandling. I det følgende ser vi nærmere på, hvem der modtager de enkelte typer af behandlingsydelser.

SUBSTITUTIONSBEHANDLING

Tabel 5.7 viser, at der er stor forskel mellem aldersgrupperne med hensyn til, hvor mange brugere, der er i substitutionsbehandling. Blandt den yngste gruppe er det 25 pct., som er i substitutionsbehandling, mod 92 pct. blandt brugere på 45 år og derover. Dette kan delvist forklares ved, at der er flere opiat-misbrugere i de ældre alderskategorier, og der derfor også er en større gruppe, som kan komme i substitutionsbehandling. En

yderligere analyse viser, at der, når der i en regressionsanalyse tages højde for hovedmisbrugsstof, stadig er en signifikant sammenhæng med alder. Dette betyder, at der er en større sandsynlighed for, at de ældre opiat-misbrugere er i substitutionsbehandling end de yngre opiat-misbrugere.²⁷

TABEL 5.7

Brugerne fordelt efter, om de modtager substitutionsbehandling eller ej, særskilt for alder. Procent og antal.

Alder	Får ikke substitutions- behandling	Får substitutions- behandling	I alt procent	I alt antal
18-24 år	75	25	100	76
25-34 år	33	67	100	255
35-44 år	22	78	100	390
45- år	8	92	100	289
I alt	25	75	100	1010

Anm.: $\chi^2 = 158$, $p = 0,000$.

Kilde: Bruger-surveyen.

PSYKOLOGBEHANDLING

Det er i alt 25 pct. af brugerne, der modtager psykologbehandling (tabel 5.8). Denne andel er højere blandt de yngre brugere, med 36 pct. blandt de 18-24-årige, mod 20 pct. blandt dem på 45 år og derover. Det afspejler til dels fordelingen på hovedmisbrugsstoffer, da der samtidig er en højere andel, der modtager psykologbehandling blandt brugere af hash og centralstimulerende stoffer, hvor henholdsvis 33 og 32 pct. modtager psykologbehandling. Den laveste andel, der modtager psykologbehandling, finder vi blandt opiat-misbrugerne, hvor kun 19 pct. modtager psykologbehandling (tabel 5.9).

27. For en uddybning af resultaterne henvises til undersøgelsens Delrapport 2 – Brugernes og de pårørendes perspektiv, hvori resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen blandt de nuværende brugere af behandlingssystemet gennemgås detaljeret, og hvor sammenhængene mellem behandlingstyper, behandlingsintensiteter og karakteristika ved brugerne er beskrevet gennem både multiple og bivariate analyser. I krydstabellerne i nærværende rapport beskriver vi således bivariat en række sammenhænge, der har vist sig at være signifikante i multiple regressionsanalyser.

TABEL 5.8

Brugerne fordelt efter, om de modtager psykologbehandling eller ej, særskilt for alder. Procent og antal.

Alder	Får ikke psykolog-behandling	Får psykolog-behandling	I alt procent	I alt antal
18-24 år	65	36	100	76
25-34 år	74	26	100	252
35-44 år	74	26	100	390
45- år	80	20	100	289
I alt	75	25	100	1007

Anm.: $\chi^2 = 9$, $p = 0,026$.

Kilde: Bruger-surveyen.

TABEL 5.9

Brugerne fordelt efter, om de modtager psykologbehandling eller ej, særskilt for hovedmisbrugsstof. Procent og antal.

Stofstype	Får ikke psykolog-behandling	Får psykolog-behandling	I alt procent	I alt antal
Opiat	81	19	100	559
Opiat med blandingmisbrug	69	31	100	202
Centralstimulerende stoffer	69	32	100	143
Hash	68	33	100	93
I alt	75	25	100	997

Anm.: $\chi^2 = 20$, $p = 0,000$.

Kilde: Bruger-surveyen.

Andelen, der modtager psykologbehandling, varierer fra kommune til kommune (tabel 5.10). Andelen er størst i hovedstadsområdet, hvor henholdsvis 30 pct. i Københavns Kommune og 32 pct. i Københavns omegn modtager psykologbehandling. Andelen er lavest i de mindre byer med 17 pct.²⁸

28. I forhold til bytype er der benyttet en opdeling mellem Københavns Kommune, Københavns omegn (det tidligere Københavns Amt, Frederiksborg Amt, Roskilde Amt samt Frederiksberg), de fire største provinsbyer, kommuner hvis største by har 30.000 indbyggere eller derover, og kommuner hvis største by har mindre end 30.000 indbyggere.

TABEL 5.10

Brugerne fordelt efter, om de modtager psykologbehandling eller ej, særskilt for bytype. Procent og antal.

Bytype	Får ikke psykolog- behandling	Får psykolog- behandling	I alt procent	I alt antal
Københavns Kommune	70	30	100	192
Københavns omegn	68	32	100	194
Århus, Aalborg, Odense og Esbjerg	78	23	100	276
> 30.000 indbyggere	77	23	100	185
< 30.000 indbyggere	83	17	100	163
I alt	75	25	100	1010

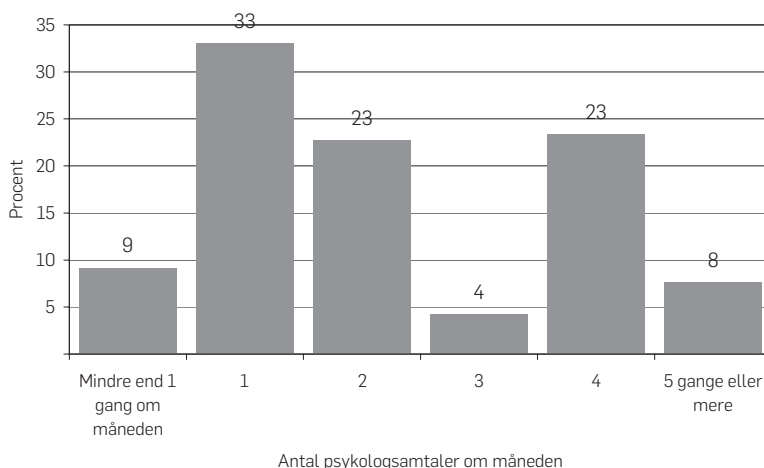
Anm.: $\chi^2 = 14$, $df = 4$, $p = 0,008$.

Kilde: Bruger-surveyen.

Blandt brugerne, der modtager psykologsamtaler, har 33 pct. samtaler én gang om måneden, 23 pct. to gange om måneden, og 23 pct. fire gange om måneden. Der er således en betydelig variation i hyppigheden af brugernes psykologsamtaler, men en del af denne variation kan skyldes, at brugerne befinder sig i forskellige stadier af et terapiforløb.

FIGUR 5.1

Brugerne fordelt efter, hvor mange gange om måneden de modtager psykologsamtaler. Procent.



Kilde: Bruger-surveyen.

SAMTALER MED ANDET PERSONALE

Der er en væsentligt større andel af brugerne, som får samtaler med behandlere, som ikke er psykologer, idet 77 procent af brugerne får sådanne samtaler. Som vi skal se i kapitel 6, er det socialpædagoger, socialrådgivere og sygeplejersker, som udgør de største faggrupper blandt personalet på behandlingsstederne. Der er ikke så stor forskel på, hvem der modtager samtaler med andet personale end psykologer, og hvem der ikke gør. Der er dog lidt flere brugere på kontanthjælp end brugere i arbejde og på førtidspension, som får samtaler med andet personale. Der er desuden en tendens til, at flere brugere i Københavns omegn (86 pct.) får sådanne samtaler, mens der er noget færre i Københavns Kommune (67 pct.), som får sådanne samtaler. Der er dog også flere i Københavns Kommune, som modtager psykologbehandling, og når man ser på psykologsamtaler og samtaler med andet personale under ét, svarer niveauet i Københavns Kommune til gennemsnittet for alle kommuner.

TABEL 5.11

Brugerne fordelt efter, om de modtager samtaler med andet personale eller ej, særskilt for bytype. Procent og antal.

Bytype	Får ikke samtaler med andet personale	Får samtaler med andet personale	I alt procent	I alt antal
Københavns Kommune	33	67	100	193
Københavns omegn	14	86	100	195
Århus, Aalborg, Odense og Esbjerg	22	78	100	277
> 30.000 indbyggere	22	78	100	185
< 30.000 indbyggere	25	75	100	164
I alt	23	77	100	1.014

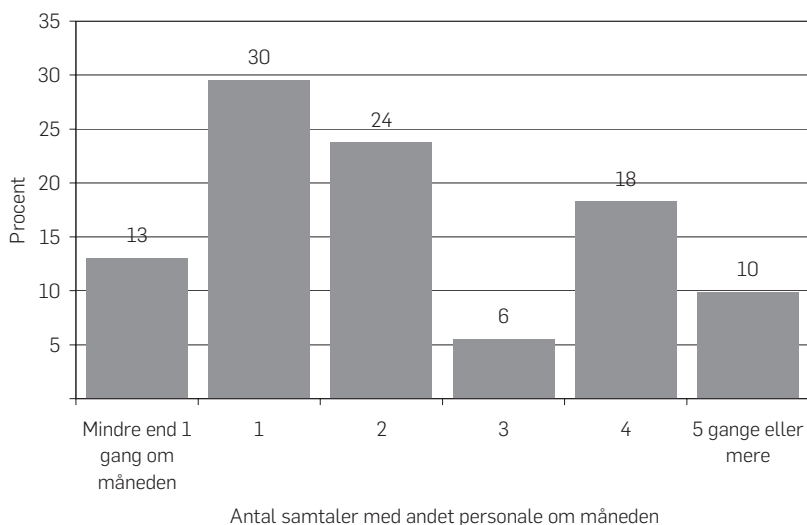
Anm.: $\chi^2 = 21$, $p = 0,000$.

Kilde: Bruger-surveyen.

Der er også en del variation i hyppigheden af samtaler med øvrigt personale, hvor 43 pct. af brugerne får sådanne samtaler én gang om måneden eller sjældnere. 28 pct. har sådanne samtaler ugentligt eller hyppigere.

FIGUR 5.2

Brugerne fordelt efter, hvor mange gange om måneden de modtager samtaler med andet personale. Procent.



GRUPPEBEHANDLING

Det er navnlig blandt de yngre brugere, at mange modtager gruppebehandling. Det hænger sammen med, at vi særligt finder denne behandlingsform i dag- og døgnbehandlingen og i behandlingen af misbrugere af hash og centralstimulerende stoffer.

TABEL 5.12

Brugere fordelt efter, om de modtager gruppebehandling, særskilt for alder. Procent og antal.

Alder	Får ikke gruppebehandling	Får gruppebehandling	I alt procent	I alt antal
18-24 år	46	54	100	76
25-34 år	71	29	100	254
35-44 år	84	16	100	390
45- år	92	8	100	290
I alt	80	20	100	1.010

Anm.: $\chi^2 = 100$, $p = 0,000$.

Kilde: Bruger-surveyen.

TABEL 5.13

Brugere fordelt efter, om de modtager gruppebehandling eller ej, særskilt for hovedmisbrugsstof. Procent og antal.

Stofstype	Får ikke gruppebehandling	Får gruppebehandling	I alt procent	I alt antal
Opiat	88	12	100	560
Opiat med blandingmisbrug	84	16	100	202
Centralstimulerende stoffer	59	41	100	144
Hash	59	42	100	94
I alt	80	20	100	1.000

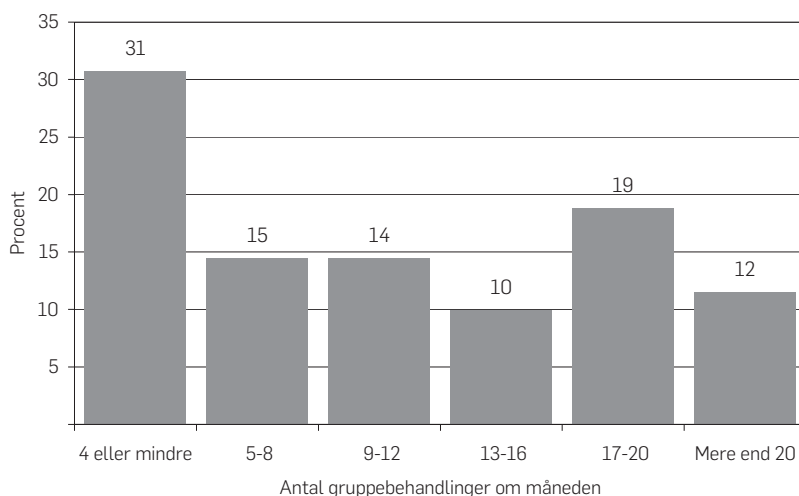
Anm.: $\chi^2 = 90$, $p = 0,000$.

Kilde: Bruger-surveyen.

Brugen af gruppebehandling i de mest intensive behandlingsforløb afspejler sig også i, at hovedparten af disse brugere modtager gruppebehandling flere gange om ugen.

FIGUR 5.3

Brugerne fordelt efter, hvor mange gange om måneden de modtager gruppebehandling. Procent.



Kilde: Bruger-surveyen

FRITIDSAKTIVITETER

Brugerne har svaret på, om de deltager i fritidsaktiviteter i behandlingsstedets regi. Som tidligere nævnt er fritidsaktiviteter ikke defineret som værende en del af den sociale stofmisbrugsbehandling. Den er dog medtaget her, da brugerne i de kvalitative interview nævner fritidsaktiviteter som en vigtig del af, hvad der sker på behandlingsstedet. Fritidsaktiviteterne adskiller sig desuden fra de øvrige ydelser, da det ofte ikke er en ydelse, brugerne skal visiteres til. Nogle væresteder kræver forudgående visitation, men mange behandlingssteder tilbyder ture og sociale arrangementer til alle brugere indskrevet i behandling.

Af tabel 5.14 fremgår det, at det særligt er brugere på kontanthjælp eller førtidspension, som deltager i fritidsaktiviteterne, mens brugere i arbejde i noget mindre grad deltager i aktiviteterne.

TABEL 5.14

Brugerne fordelt efter, om de deltager i fritidsaktiviteter eller ej, særskilt for indkomsttype. Procent og antal.

Indkomsttype	Deltager ikke i fritidsaktiviteter	Deltager i fritidsaktiviteter	I alt procent	I alt antal
Arbejde	79	21	100	116
Kontanthjælp	60	41	100	504
Førtidspension	70	30	100	375
I alt	66	34	100	995

Anm.: $\chi^2 = 23$, $p = 0,000$.

Kilde: Bruger-surveyen.

Det er desuden i høj grad brugere med hash eller centralstimulerende stoffer som hovedmisbrugsstof, som deltager i fritidsaktiviteter. Det kan hænge sammen med, at denne gruppe i markant højere grad er i dag- og døgnbehandling, og at mange brugere i disse behandlingstyper deltager i fritidsaktiviteter i tilknytning til behandlingen.

TABEL 5.15

Brugerne fordelt efter, om de deltager i fritidsaktiviteter eller ej, særskilt for hovedmisbrugsstof. Procent og antal.

Stofstype	Deltager ikke i fritidsaktiviteter	Deltager i fritidsaktiviteter	I alt procent	I alt antal
Opiat	72	28	100	560
Opiat-/blandingsmisbrug	66	34	100	203
Centralstimulerende stoffer	49	51	100	142
Hash	60	40	100	93
I alt	66	34	100	998

Anm.: $\chi^2 = 27$, $p = 0,000$.

Kilde: Bruger-surveyen.

BEHANDLINGSØNSKER

Som det fremgår af de foregående afsnit, er der en betydelig del af brugerne, der modtager behandling af en forholdsvis lav intensitet. Det er dog ikke nødvendigvis alle brugere, der ønsker social behandling af en høj intensitet. I dette afsnit ser vi nærmere på, hvilke ønsker brugerne har til behandlingen.

Tabel 5.16 belyser, i hvilken grad brugere, som ikke er i døgnbehandling, ønsker at komme i døgnbehandling, fordelt på aldersgrupper. 16 pct. af de brugere, som ikke er i døgnbehandling, udtrykker ønske om at komme i døgnbehandling, med en lidt højere andel blandt de 25-34 årige (23 pct.). Færrest ønsker at komme i døgnbehandling blandt de på 45 år og derover (10 pct.). Der er således en vis gruppe blandt de, som ikke allerede er i døgnbehandling, der ønsker at komme i døgnbehandling, men langt størstedelen af brugerne udtrykker ikke ønske om at komme i døgnbehandling.

TABEL 5.16

Brugere, der ikke er i døgnbehandling, fordelt efter, om de ønsker at komme i døgnbehandling eller ej, særskilt for alder. Procent og antal.

Alder	Ønsker ikke døgnbehandling	Ønsker døgnbehandling	I alt procent	I alt antal
18-24 år	83	17	100	59
25-34 år	77	23	100	217
35-44 år	84	16	100	352
45- år	90	10	100	275
I alt	84	16	100	903

Anm.: $\chi^2 = 15$, $p = 0,002$.

Kilde: Bruger-surveyen.

Der er en højere andel af dem, der tidligere har været i stofmisbrugsbehandling, der ønsker at komme i døgnbehandling. 20 pct. af de brugere, som tidligere har været i stofmisbrugsbehandling, vil således gerne i døgnbehandling, mens det kun gælder 9 pct. af de brugere, der ikke tidligere har været i stofmisbrugsbehandling.

TABEL 5.17

Brugere, der ikke er i døgnbehandling, fordelt efter, om de ønsker at komme i døgnbehandling eller ej, særskilt for om brugeren tidligere har været i stofmisbrugsbehandling. Procent og antal.

Tidligere behandling	Ønsker ikke døgn- behandling	Ønsker døgn- behandling	I alt procent	I alt antal
Har ikke tidligere været i stofmisbrugsbehandling	91	9	100	337
Har tidligere været i stofmisbrugsbehandling	80	20	100	565
I alt	84	16	100	902

Anm.: $\chi^2 = 21$, $p = 0,000$.

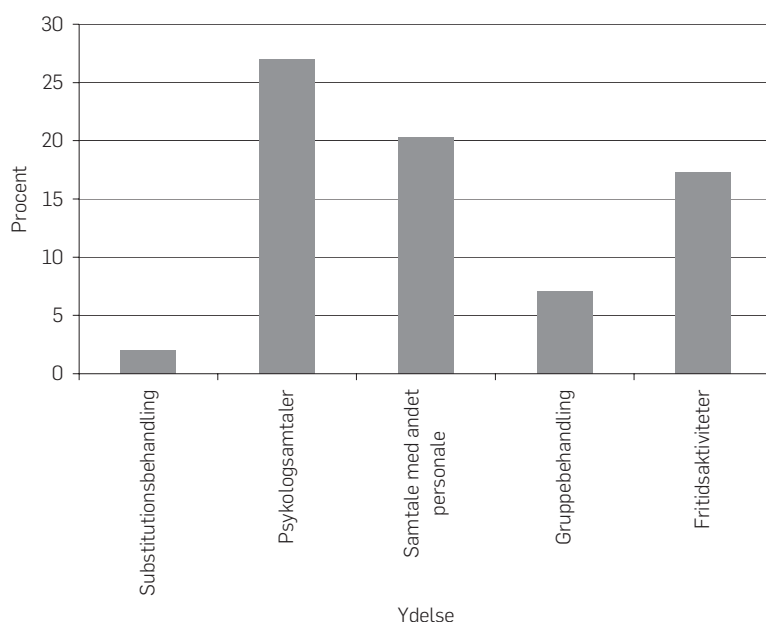
Kilde: Bruger-surveyen.

Ser vi på de øvrige behandlingstyper, viser figur 5.4, hvor stor en procentdel af gruppen, som ikke modtager en bestemt behandling, der ønsker denne type behandling. Det er særligt psykologsamtaler, samtaler med andet personale og i lidt mindre grad fritidsaktiviteter, som brugerne ønsker sig. Det er markant, at 27 pct. af de brugere, som ikke får det, ønsker psykologsamtaler, hvilket kunne tyde på, at en del brugere savner

et mere terapeutisk islæt i deres behandling. Samtidig er der 20 pct. af brugerne, som ikke har samtaler med andet personale, som gerne vil have sådanne samtaler. Brugere ønsker også flere fritidsaktiviteter, hvilket ligeledes fremgår af de kvalitative interview. Fritidsaktiviteter er ikke karakteriseret som social stofmisbrugsbehandling, men fylder alligevel en del i brugernes ønsker.

FIGUR 5.4

Brugere, som ikke får en given ydelse, fordelt efter, om de ønsker den givne ydelse. Procent.



Anm.: Brugere kan have svaret i mere end én kategori.

Kilde: Bruger-surveyen.

I tabel 5.18 viser vi sammenhængen mellem ønsker til behandlingsindhold, som brugeren ikke allerede får, og behandlingsintensiteten. Tabellen viser, at ønsket om flere samtaler med psykologer og andre behandlere er et gennemgående ønske for brugere i alle behandlingsintensiteter, mens ønsket om flere fritidsaktiviteter er særligt fremtrædende blandt

brugere i dagbehandling. Det er et fåtal af de brugere, som ikke allerede modtager gruppebehandling, der har et ønske om at deltage i gruppebehandling. Endelig er det en meget lille del af brugerne, der ønsker substitutionsbehandling, og som ikke allerede får det. Det afspejler generelt, at substitutionsbehandlingen gennem en årrække er gjort forholdsvist let tilgængelig for målgruppen for denne behandling.

TABEL 5.18

Brugere, som ikke får en given ydelse, fordelt efter deres ønsker til behandlingsindhold, særskilt for intensitet af nuværende behandling. Procent.

Behandlings- intensitet	Substitutions- behandling	Psykolog- samtaler	Samtaler med andet personale	Gruppe- behandling	Fritids- aktiviteter
Ad hoc	3	25	21	6	18
Ambulant	3	31	17	9	15
Dag	0	28	17	0	40
Døgn	1	26	25	5	15
I alt	2	27	20	7	18
Antal brugere, som ikke får ydelsen	248	758	232	811	669

Anm.: Brugere kan have svaret i mere end én kategori. Forskel mellem behandlingsintensiteterne er kun signifikant for ønske om fritidsaktiviteter med $\chi^2 = 8$, $p = 0,038$.

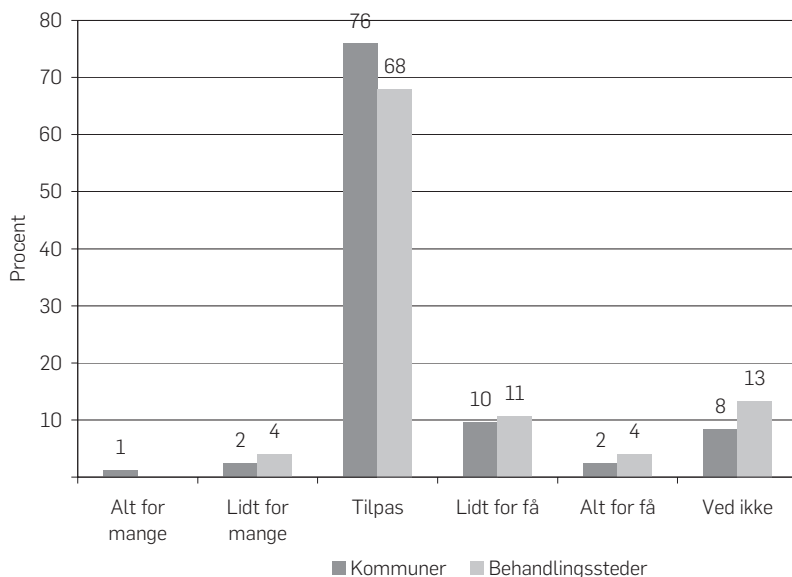
Kilde: Bruger-surveyen.

Vi har endvidere spurgt behandlingsledere og kommunale myndigheds-personer om deres vurdering af, om for mange, tilpas eller for få brugere i deres kommune tilbydes henholdsvis døgnbehandling, dagbehandling og substitutionsbehandling.

Hovedparten af både de kommunale myndigheds personer og behandlingslederne mener, at tilpas mange brugere tilbydes døgnbehandling, mens en lille gruppe mener, at det er for få, der tilbydes døgnbehandling (figur 5.5).

FIGUR 5.5

Kommunerne og behandlingsstederne, fordelt efter deres vurdering af, om for mange eller for få brugere tilbydes døgnbehandling i kommunen. Procent.

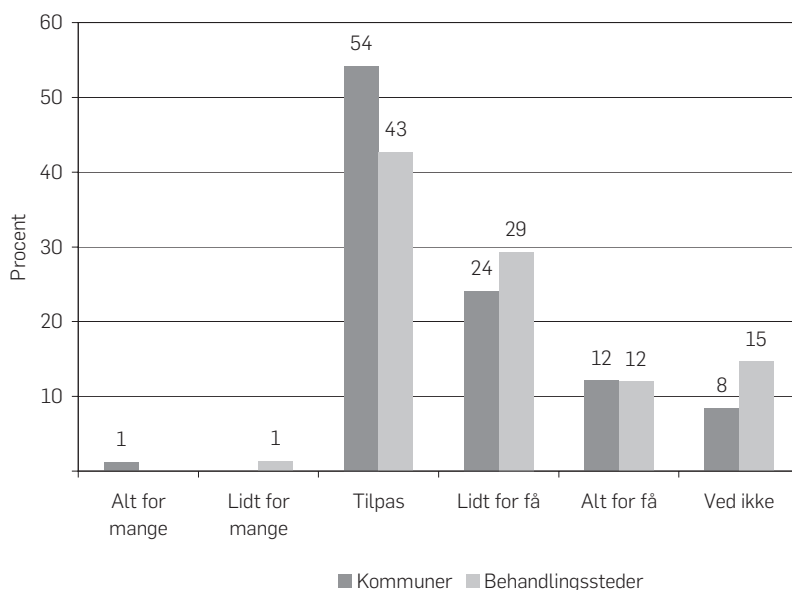


Kilde: Behandlingssteds-surveyen og surveyen til kommunerne.

Vi har også spurgt de kommunale myndighedspersoner og behandlingslederne, om for mange eller for få brugere tilbydes dagbehandling (figur 5.6). Her er der en væsentligt større andel, der mener, at lidt, for få eller alt for få brugere tilbydes dagbehandling.

FIGUR 5.6

Kommunerne og behandlingsstederne, fordelt efter deres vurdering af, om for mange eller for få brugere tilbydes dagbehandling i kommunen. Procent.



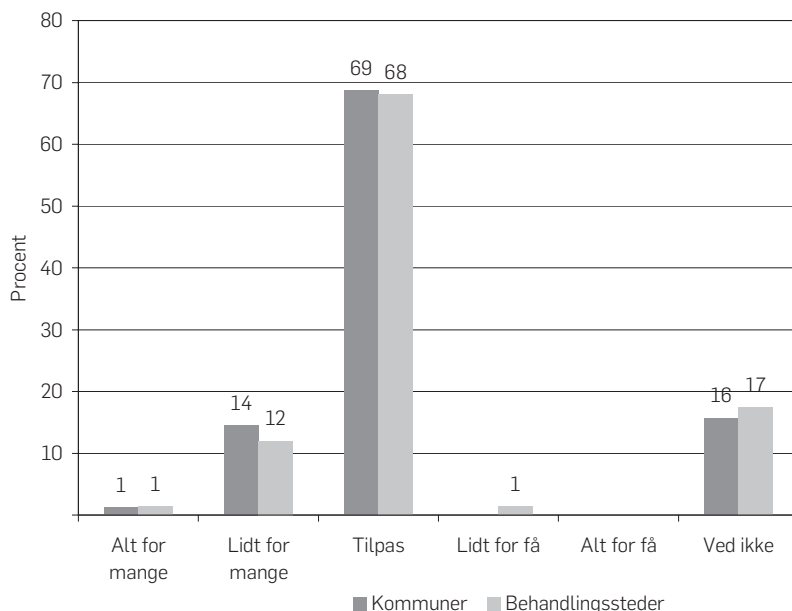
Kilde: Behandlingssteds-surveyen og surveyen til kommunerne.

I de kvalitative interview påpeges det særligt, at dagbehandlingen giver mulighed for et mere intensivt behandlingstilbud end den ambulante behandling, samtidig med at dagbehandlingen modsat døgnbehandlingen giver brugeren mulighed for at forblive i sit eget hverdagsmiljø, herunder at arbejde med at bryde de mønstre, der virker fastholdende for misbruget i det miljø brugeren lever i til hverdag. Omvendt giver døgnbehandlingen brugeren mulighed for at komme væk fra sit hverdagslige miljø, herunder fra et misbrugspræget miljø. Samtidig fremhæver en del behandlingsledere vigtigheden af gennem et dagbehandlingsforløb at kunne forberede brugeren til et senere døgnbehandlingsophold. Det understreger, at de forskellige behandlingsintensiteter også kan afspejle forskellige faser i brugernes individuelle forløb.

Endelig har vi spurgt de kommunale myndighedspersoner og behandlingslederne, om de mener, der er tilpas, for mange eller for få brugere, der tilbydes substitutionsbehandling (figur 5.7).

FIGUR 5.7

Kommunerne og behandlingsstederne, fordelt efter deres vurdering af, om for mange eller for få brugere tilbydes substitutionsbehandling i kommunen. Procent.



Kilde: Behandlingssteds-surveyen og surveyen til kommunerne.

Hovedparten af de kommunale myndighedspersoner og behandlingsstedslederne mener, at det er en tilpas andel af brugerne, der tilbydes substitutionsbehandling. En mindre andel mener, at lidt for mange brugere tilbydes substitutionsbehandling. Stort set ingen mener, at det er for få brugere, der tilbydes substitutionsbehandling. Det svarer således også til billedet, der tegnes i bruger-surveyen, hvor næsten ingen af dem, der ikke allerede er i substitutionsbehandling, udtrykker ønske om at komme i substitutionsbehandling.

OPSUMMERING

Analysen af, hvilke behandlingstyper og behandlingsydelser som brugerne i den sociale stofmisbrugsbehandling modtager, viser, at langt hovedparten af brugerne modtager ambulant behandling eller ad hoc-samtaler. 44 pct. af de interviewede brugere modtager ydelser sjældnere end hver 14. dag. I sidstnævnte gruppe finder vi navnlig opiat-misbrugere i substitutionsbehandling og ældre brugere. Her peger erfaringerne fra den internationale forskning på, at en forholdsvis høj hyppighed af samtaler (ca. en gang om ugen) giver de bedste resultater i forhold til reduktion af stofbelastningen.

Der er en vis gruppe blandt brugerne, som ikke er i døgnbehandling, som ønsker at komme i døgnbehandling. Det store flertal af brugerne i den ambulante behandling udtrykker dog ikke ønske om at komme i døgnbehandling. Brugernes ønsker retter sig således i højere grad mod behandlingssamtalernes omfang og karakter. Mest markant er et ret udbredt ønske blandt brugerne om at modtage psykologsamtaler. 27 pct. af de brugere, der ikke i øjeblikket modtager psykologsamtaler, ønsker at få psykologsamtaler. Der er også en del af brugerne, der ønsker flere behandlingssamtaler med øvrigt personale og flere fritidsaktiviteter, mens det er ret få brugere, som ikke allerede er i gruppebehandling, der ønsker at komme i gruppebehandling.

Det er endvidere karakteristisk, at ønsket om flere behandlingsamtaler, herunder flere samtaler med en psykolog, gør sig gældende, uanset om brugerne er i døgnbehandling, dagbehandling, ambulant behandling eller modtager ad hoc-samtaler. At der også er en betydelig del af brugerne i døgnbehandling og dagbehandling, der ønsker sig flere samtaler, tyder på, at en del brugere i disse behandlingsformer, oplever, at de får for få individuelle samtaler i disse forløb.

Det er næsten ingen blandt de brugere, som ikke allerede er i substitutionsbehandling, som giver udtryk for, at de ønsker at komme i substitutionsbehandling, og blandt kommunale myndighedspersoner og behandlingsledere giver hovedparten udtryk for, at det er en tilpas andel af brugerne, der modtager substitutionsbehandling, mens en lille gruppe synes, at det er lidt for mange, der tilbydes substitutionsbehandling.

BEHANDLINGSTILBUD OG BEHANDLERE

Udbuddet af behandlingstilbud samt tilbuddenes målretning til bestemte grupper af misbrugere er sammen med personaleressourcerne og personalets faglige sammensætning belyst gennem surveyen til behandlingsstederne. I dette kapitel belyser vi behandlingstilbuddenes karakter i forhold til en række institutionelle karakteristika, mens vi i de efterfølgende kapitler ser på behandlingens nærmere indhold.

BEHANDLINGSTILBUDDENE

Af de 117 behandlingssteder, der har svaret på surveyen til behandlingsstederne, er ca. en tredjedel døgnbehandlingssteder, hvor langt hovedparten er private/selvejende tilbud, mens to tredjedele er ambulante tilbud, der for hovedpartens vedkommende er offentlige, kommunale tilbud.

På langt hovedparten af tilbuddene er der behandlingstilbud, der er målrettet de enkelte stofgrupper i form af tilbud til opiat-misbrugere, hashmisbrugere og brugere af centralstimulerende stoffer (kokain, amfetamin, ecstasy og lign.). Det er meget få behandlingssteder, der ikke angiver at have behandlingstilbud målrettet nogle af disse grupper.

TABEL 6.1

Behandlingsstederne fordelt efter, hvilke stofgrupper behandlingsstedets tilbud er målrettet. Antal og procent.

	Antal	Procent
Behandlingstilbud målrettet opiat-misbrugere	94	80
Behandlingstilbud målrettet misbrugere af centralstimulerende stoffer (kokain, amfetamin, ecstasy og lign.)	95	81
Behandlingstilbud målrettet hashmisbrugere	92	79
Behandlingstilbud målrettet blandingsmisbrugere af stof og alkohol	92	79
Behandlingstilbud, der ikke er særligt målrettet nogen stofgrupper	15	13

Anm.: Behandlingslederne har haft mulighed for at svare, at deres tilbud er målrettet flere stofgrupper, hvorfor antallet ikke summer til 117, og procenterne ikke summer til 100.

Kilde: Behandlingssteds-surveyen.

Ser vi nærmere på de specifikke tilbud på de ambulante behandlingstilbud, fremgår det af tabel 6.1, at der generelt udbydes en bred vifte af tilbud på de ambulante behandlingssteder. Det kan dog bemærkes, at hvor der på næsten alle behandlingstilbud tilbydes individuelle samtaler med personale som socialpædagoger og lignende, er det kun på 59 pct. af de ambulante behandlingstilbud, der tilbydes individuelle samtaler med en psykolog, og 32 pct. af behandlingstilbuddene, hvor der tilbydes samtaler med en psykiater. Sammenlagt er det 70 pct. af de ambulante behandlingssteder, der har tilbud om samtaler med en psykolog eller en psykiater. På 30 pct. af de ambulante behandlingssteder gives der således ikke tilbud om samtaler med psykolog eller psykiater.

Heller ikke alle tilbud har tilbud om samtaler med en læge, idet dette tilbud findes på 71 pct. af de ambulante behandlingstilbud. 83 pct. har tilbud om samtaler med en socialrådgiver. På 40 pct. af behandlingstilbuddene er der tilbud om familiebehandling.

Ser vi på døgnbehandlingsstederne, tilbydes der på næsten alle døgnbehandlingsstederne samtaler med socialpædagoger og lignende, ligesom der på næsten alle døgnbehandlingsstederne er tilbud om social færdighedstræning. På 71 pct. af døgnbehandlingsstederne tilbydes der samtaler med en socialrådgiver. 59 pct. af døgnbehandlingsstederne tilbyder samtaler med enten en psykolog (41 pct.) eller en psykiater (44 pct.). Det er således 40 pct. af døgnbehandlingsstederne, der ikke har tilbud om samtaler med en psykolog eller psykiater.

TABEL 6.2

Ambulante behandlingssteder fordelt efter, om de udbyder specifikke tilbud. Antal og procent.

	Antal behandlings- steder med det specifikke tilbud	Procent
Individuelle samtaler med psykolog	45	59
Individuelle samtaler med psykiater	24	32
Individuelle samtaler med læge	54	71
Individuelle samtaler med anden udd. behandler, fx socialpædagog	70	92
Individuelle samtaler med anden sundhedsfaglig person, fx sygeplejerske	54	71
Parsamtaler	45	59
Gruppebehandling	53	70
Familiebehandling	30	40
Socialrådgivning	63	83
Akupunktur	47	62
Afrusning/afgiftning	39	51
Sundhedstilbud, såsom sårpleje og vaccinationer	44	58
Social færdighedstræning	45	59
Fritidstilbud, såsom sport, udflugter og kreativ udfoldelse	39	51

Anm.: Listen over tilbud på behandlingssteder er ikke udtømmende. Tabellen er baseret på besvarelser fra 76 ambulante behandlingssteder. Behandlingslederne har haft mulighed for at svare, at flere forskellige specifikke tilbud indgår i deres behandling, hvorfor procenterne ikke summer til 100.

Kilde: Behandlingssteds-surveyen.

TABEL 6.3

Døgnbehandlingssteder, fordelt efter om de udbyder specifikke tilbud.
Antal og procent.

	Antal behandlingssteder med det specifikke tilbud	Procent
Individuelle samtaler med psykolog	14	41
Individuelle samtaler med psykiater	15	44
Individuelle samtaler med læge	18	53
Individuelle samtaler med anden udd. behandler, fx socialpædagog	31	91
Individuelle samtaler med anden sundhedsfaglig person, fx sygeplejerske	14	41
Parsamtaler	17	50
Gruppebehandling	25	74
Familiebehandling	11	32
Socialrådgivning	24	71
Akupunktur	20	59
Afrusning/afgiftning	24	71
Sundhedstilbud, såsom sårpleje og vaccinationer	7	21
Social færdighedstræning	31	91
Fritidstilbud, såsom sport, udflugter og kreativ udfoldelse	29	85

Anm.: Listen over tilbud på behandlingssteder er ikke udtømmende. Tabellen er baseret på besvarelser fra 34 døgnbehandlingssteder. Behandlingslederne har haft mulighed for at svare, at flere forskellige specifikke tilbud indgår i deres behandling, hvorfor procenterne ikke summer til 100.

Kilde: Behandlingssteds-surveyen.

Som vi senere skal se (i kapitel 10), er det en høj andel af brugerne, der har psykiske problemer, og en betydelig andel af disse brugere mener ikke, at de får den nødvendige hjælp til at håndtere deres psykiske problemer. Ligeledes viste opgørelsen af brugernes behandlingsønsker i kapitel 5, at en betydelig del af brugerne, som ikke p.t. fik sådanne samtaler, ønskede individuelle psykologsamtaler. Opgørelserne viser imidlertid, at der er en betydelig del af både de ambulante tilbud og døgnbehandlingsstederne, der ikke tilbyder samtaler med psykolog eller psykiater.

I tabel 6.4 er andelen af behandlingssteder med specialiserede tilbud til særlige grupper vist. Der er ikke nogen af de grupper, der på forhånd er defineret i spørgeskemaet, som der ikke findes specialiserede tilbud til set på landsplan. Flest behandlingssteder har specialiserede tilbud til unge misbrugere og gravide. Der er dog forholdsvis få af de ambulante tilbud, der har specialiserede tilbud til henholdsvis misbrugere med etnisk minoritetsbaggrund, prostituerede og hiv-/aids-syge.

I forhold til de etniske minoritetsgrupper peges der i det kvalitative interviewmateriale på, at denne gruppe ikke i det omfang, man kunne forvente, benytter behandlingssystemet, og at en central udfordring er at nå denne gruppe. Det er imidlertid kun 9 pct. af de ambulante behandlingstilbud, der angiver at have særlige tilbud til de etniske minoritetsgrupper.

Kun 13 pct. af de ambulante tilbud angiver at have specialiserede tilbud til kvinder. Her påpeges det i de kvalitative interview, at der kan være et behov for skærmede behandlingstilbud til kvinder. I forbindelse med gruppebehandling kan det være et problem for kvinderne at indgå i behandlingsgrupper sammen med mænd, hvor der fx kan opstå vanskeligheder i forhold til problematikker omkring seksualitet, prostitution og familie og børn.

28 pct. af de ambulante behandlingssteder har specialiserede tilbud til stofmisbrugere med børn. 18 pct. angiver at have tilbud til personer med kognitive lidelser som ADHD.

TABEL 6.4

Ambulante behandlingssteder med specialiserede tilbud til særlige grupper fordelt efter deres målgruppe. Antal og procent.

	Antal	Procent
Unge under 25 år	30	40
Ældre, erfarne og/eller nedslidte	16	21
Kvinder	10	13
Gravide	28	37
Prostituerede	4	5
Kriminelle	11	15
Par	13	17
Stofmisbrugere med børn	21	28
Etniske minoriteter	7	9
Hjemløse	11	15
Psykisk syge stofmisbrugere	20	26
Aggressive, udadreagerende	10	13
HIV/AIDS syge	3	4
Intellektuelt/kognitivt forstyrrede (fx ADHD, hjerneskadede, demente)	14	18

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 76 ambulante behandlingssteder. Behandlingsstederne har haft mulighed for at svare, at der er specialiserede tilbud til flere forskellige særlige grupper, hvorfor procenterne ikke summer til 100.

Kilde: Behandlingssteds-surveyen.

Endelig kan det påpeges, at kun 26 pct. af behandlingsstederne angiver at have specialiserede tilbud til psykisk syge misbrugere. I de kvalitative interview tematiseres de psykisk syge misbrugere som en gruppe, det i særlig høj grad er vanskeligt at give det rette tilbud både i misbrugsbehandlingen og i psykiatrien, og der kan rettes fokus på et behov for at udvikle flere tilbud til denne gruppe. Vi vil yderligere belyse problematikken omkring de psykisk syge misbrugere i kapitel 10 og 15 om henholdsvis den helhedsorienterede indsats og samarbejdet mellem aktører på området.

Også på døgnbehandlingstilbuddene er det forholdsvis få steder, der har specialiserede tilbud til stofmisbrugere med børn, mens der er en større andel, der har specialiserede tilbud til de etniske minoritetsgrupper, samt til prostituerede og kriminelle (tabel 6.5). 44 pct. af døgntilbuddene angiver at have tilbud henvendt til psykisk syge misbrugere.

TABEL 6.5

Døgnbehandlingssteder fordelt efter, om de udbyder specialiserede tilbud til særlige grupper. Antal og procent.

	Antal	Procent
Unge under 25 år	14	41
Ældre, erfarne og/eller nedslidte	11	32
Kvinder	9	27
Gravide	3	9
Prostituerede	10	29
Kriminelle	14	41
Par	12	35
Stofmisbrugere med børn	7	21
Etniske minoriteter	9	27
Hjemløse	8	24
Psykisk syge stofmisbrugere	15	44
Aggressive, udadreagerende	3	9
HIV/AIDS syge	5	15
Intellektuelt/kognitivt forstyrrede (fx ADHD, hjerneskadede, demente)	10	29

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 34 døgnbehandlingssteder. Behandlingslederne har haft mulighed for at svare, at der er specialiserede tilbud til flere forskellige særlige grupper, hvorfor procenterne ikke summer til 100.

Kilde: Behandlingssteds-surveyen.

27 pct. af døgnbehandlingstilbuddene angiver at have specialiserede tilbud til kvinder. I forhold til døgnbehandlingen rejser flere mandlige interviewpersoner en problematik omkring blandede behandlingstilbud til

mænd og kvinder. Flere mandlige interviewpersoner efterlyser døgnbehandlingstilbud uden kvindelige brugere, da det kan være et problem at fastholde et fokus på misbrugsproblematikken, hvis man fx møder en ny partner i forbindelse med et behandlingsforløb, og navnlig hvis der opstår følelsesmæssige konflikter.

PERSONALESAMMENSÆTNING

I surveyen til behandlingsstederne har vi spurgt til antallet af personale-timer fordelt på en række hovedkategorier af faggrupper. I tabel 6.6 ses fordelingen af personaletimer inden for fagkategorierne pædagoger, socialrådgivere, sygeplejersker, psykologer/psykiatere og læger. Opgørelsen er dog behæftet med en vis usikkerhed, da der har været mulighed for yderligere at anføre timer i en 'andet' kategori, hvor der er eksempler på, at der er anført timer med tilhørende beskrivelser som 'behandlere', hvor der fx kan være tale om behandlere uden faguddannelse, ligesom der kan være andre grupper som fx ergoterapeuter eller lignende, der ikke indgår i grupperingen. Alligevel må opgørelsen antages at give et nogenlunde retvisende billede af personalesammensætningen fordelt på hovedkategorier af faggrupper.

Først og fremmest udgøres langt størstedelen af behandlingspersonalet af pædagoger og socialrådgivere med henholdsvis 49 pct. og 26 pct. af alle personaletimer. Sygeplejersker er den tredjestørste behandlingsgruppe med 14 pct. Psykologer/psykiatere udgør 7 pct. af det samlede antal personaletimer, mens lægerne som den mindste gruppe udgør 4 pct.

Set i forhold til forekomsten af psykiske problemer hos brugerne og brugernes behandlingsønsker er det bemærkelsesværdig, at en meget begrænset del af personaletimerne udgøres af de psykologiske/psykiatriske faggrupper.

En stor del af personalegruppen har dog efteruddannelse eller har taget kurser inden for forskellige terapeutiske retninger. I behandlingssteds-surveyen har vi spurgt til, hvor mange behandlere der har diplom på en uddannelse af minimum 15 hele dages varighed inden for en specifik metode, man bruger i stedets behandlingsarbejde.

TABEL 6.6

Personaletimer på 102 behandlingssteder, fordelt på faggrupper.

	Antal timer	Antal fuldtidsstillinger	Procent
Pædagoger	14.234	385	49
Socialrådgivere	7.585	205	26
Sygeplejersker	4.082	110	14
Psykologer/Psykiatere	2.004	54	7
Læger	1.099	30	4
I alt	29.004	784	100

Anm.: Antallet af personaletimer er omregnet til antal fuldtidsstillinger.

Kilde: Behandlingssteds-surveyen.

TABEL 6.7

Behandlingssteder med behandlere, der har diplomer inden for forskellige terapiformer.

	Antal behandlingssteder	Procent
Kognitiv terapi	62	65
Systemisk terapi	35	37
Løsningsfokuseret terapi	14	15
Gestaltterapi	11	12
Gorski/cenaps	9	10
Coaching/NLP	9	10
Andre metoder	34	36

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 94 behandlingssteder. Et behandlingssted kan have behandlere med forskellige diplomer, og alle besvarelser er medtaget. Procenterne summer derfor ikke til 100.

Kilde: Behandlings-stedssurveyen.

Tabellen angiver andelen af behandlingssteder, der angiver at have behandlere med diplomer inden for den pågældende terapiform og således ikke andelen af behandlere, der har diplomer inden for den pågældende terapiform. Som det fremgår af tabellen, er kognitiv og systemisk terapi de metoder, som flest behandlingssteder har en eller flere behandlere med diplomer i med henholdsvis 65 pct. og 37 pct. Dernæst kommer løsningsfokuseret terapi og gestaltterapi. I kapitel 7 ser vi nærmere på, hvilke tilgange og metoder der er særligt udbredte i behandlingen.

BRUGER-BEHANDLER-RATIO

Der er i alt 29 døgnbehandlingssteder og 68 ambulante behandlingssteder, som har givet oplysninger om både antal brugere og antal personale-timer inden for henholdsvis pædagoger, socialrådgivere, sygeplejersker, psykologer, psykiatere, læger og andre personaletimer. For denne del af behandlingsstederne lader det sig gøre at udregne forholdet (ratioen) mellem brugere og behandlere. De følgende tabeller viser bruger-behandlerratioen for henholdsvis døgnbehandlingsstederne og de ambulante behandlingssteder. Da der kan være en usikkerhed om både afgrænsningen af antallet af brugere i det enkelte tilbud og om opgørelsen af personaletimerne, er der en usikkerhed knyttet til beregningerne.

TABEL 6.8

Bruger-behandler-ratio på 29 døgnbehandlingssteder. Antal og procent.

	Antal behand- lingssteder	Procent af behand- lingssteder	Antal brugere	Procent af brugere
0-0,99 brugere pr. behandler	5	17	39	9
1-1,99 brugere pr. behandler	12	41	159	38
2-2,99 brugere pr. behandler	2	7	28	7
3-3,99 brugere pr. behandler	3	10	71	17
4-4,99 brugere pr. behandler	2	7	16	4
5-9,99 brugere pr. behandler	3	10	45	11
10 eller flere brugere pr. behandler	2	7	61	15
I alt	29	100	419	100

Kilde: Behandlingssteds-surveyen.

Tallene viser først og fremmest, at der er en betydelig variation i bruger-behandler-ratioen mellem behandlingsstederne. Hovedparten af døgnbehandlingsstederne har en forholdsvis høj normering, idet der på 17 pct. af behandlingsstederne er mindre end én bruger pr. fuldtidsansat behandler/personale, og 41 pct. af stederne har én til to brugere pr. behandler. Aften- og natpersonale *er* medregnet i ratioen for døgnbehandlingsstederne, såfremt behandlingslederen har noteret det som en form for behandlingspersonale. Den gennemsnitlige ratio for døgnbehandlingsstederne er tre brugere pr. behandler, og det er særligt en mindre gruppe af døgnbehandlingssteder med forholdsvis mange brugere pr.

behandler/personale, der trækker det gennemsnitlige antal brugere pr. behandler op. På 17 pct. af døgnbehandlingsstederne er der således mere end fem brugere pr. fuldtidsansat behandlingspersonale. Her skal der gøres opmærksom på, at nogle behandlingssteder tilbyder omsorgsophold, der ikke sigter mod stoffrihed, men i stedet er henvendt til misbrugere, som i en periode har brug for et omsorgsorienteret døgnophold.

I tabel 6.9 fremgår variationen i bruger-behandler-ratioen på de 68 ambulante behandlingssteder, som har givet de nødvendige oplysninger, således at beregningen kan foretages.

TABEL 6.9

Bruger-behandler-ratio på 68 ambulante behandlingssteder. Antal og procent.

	Antal behand- lingssteder	Procent af behand- lingssteder	Antal brugere	Procent af brugere
0-2,99 brugere pr. behandler	6	9	85	1
3-5,99 brugere pr. behandler	12	18	664	9
6-8,99 brugere pr. behandler	7	10	739	10
9-11,99 brugere pr. behandler	11	16	1347	18
12-14,99 brugere pr. behandler	13	19	1785	23
15-17,99 brugere pr. behandler	7	10	1093	14
18-20,99 brugere pr. behandler	4	6	426	6
21-23,99 brugere pr. behandler	3	4	677	9
24 brugere eller flere pr. behandler	5	7	783	10
I alt	68	100	7599	100

Kilde: Behandlingssteds-surveyen.

Den gennemsnitlige ratio for de ambulante steder er 13 brugere pr. behandler. Det kan særligt bemærkes, at der er en stor spredning i bruger-behandler-ratioen, og der er en vis andel af de ambulante behandlingssteder, der har et forholdsvis højt antal brugere pr. behandler. Således er der på 27 pct. af de ambulante behandlingssteder mere end 15 brugere pr. fuldtidsansat behandler/personale. Da det i højere grad er de store behandlingssteder, der har en høj bruger-behandler-ratio, omfatter disse behandlingssteder 39 pct. af brugerne. Gruppen af ambulante behandlingssteder dækker både over egentlige dagbehandlingstilbud og misbrugscentre, der kan stå for en kombination af dagbehandling, ambulante behandling, skadesreduktions- og omsorgstilbud til substitutionsbrugere

osv. Personale, der varetager medicinudlevering og lignende, indgår også i ratioen.

Det skal påpeges, at det ikke er muligt mere specifikt at sondre mellem, i hvilket omfang variationen i bruger-behandler-ratioen fx skyldes, at der på nogle ambulante tilbud i højere grad tilbydes dagbehandling, mens nogle tilbud kun tilbyder ambulant behandling. Tallene kan således derfor ikke læses som udtryk for, hvor mange brugere en behandler, der varetager samtalebehandling, typisk har i behandling, men giver dog alligevel et billede af, at der er en betydelig variation i personaleressourcerne de enkelte ambulante behandlingssteder imellem.

Et centralt spørgsmål er, hvorvidt denne variation i personaleressourcerne afspejler sig i behandlingsintensiteten. I tabel 6.10 fremgår sammenhængen mellem bruger-behandler-ratioen, og hvor stor en andel brugere på behandlingsstedet, der modtager ad hoc-samtaler. Det er kun de ambulante behandlingssteder, der indgår i tabel 6.10.

TABEL 6.10

Sammenhæng mellem bruger-behandler-ratio og andel brugere, der får ad hoc-ydelser på de ambulante behandlingssteder. Antal og procent.

	0-19 procent af brugerne får ad hoc-ydelser	20-100 procent af brugerne får ad hoc-ydelser	I alt procent	I alt antal
0-9,99 brugere pr. behandler	61	39	100	31
10-14,99 brugere pr. behandler	59	41	100	17
15 eller flere brugere pr. behandler	24	76	100	17
I alt	51	49	100	65

Anm.: $\chi^2 = 6,9$, $p = 0,032$.

Kilde: Behandlingssteds-surveyen.

Tabellen viser, at der er en sammenhæng mellem bruger-behandler-ratioen og behandlingsintensiteten målt på, hvor stor en andel af brugerne der modtager ad hoc-samtaler. Tendensen er, at jo højere normering, jo mindre er gruppen af brugere, der modtager ad hoc-samtaler. 76 pct. af behandlingsstederne med flere end 15 brugere pr. behandler (dvs. en relativt lav normering) giver 20-100 pct. af deres brugere den lavest mulige intensitet, nemlig ad hoc-samtaler. Til sammenligning er det kun 39 pct. af de behandlingssteder med færre end 10 brugere pr. behandler

(dvs. behandlingssteder med en relativt høj normering), der giver 20-100 pct. af deres brugere den lavest mulige intensitet. Tabellen indikerer dermed en tendens til, at flere behandlere afspejler sig i højere behandlingsintensitet. Her må der som sagt tages et forbehold for, at opgørelsen er baseret på survey-oplysninger og ikke på administrative data.

Behandlingsstedernes ressourcesituation er et gennemgående tema i de kvalitative interview, hvor det særligt påpeges af interviewpersonerne, at ressourcesituationen er fremtrædende set fra frontmedarbejdernes perspektiv. En kommunal medarbejder siger herom:

Interviewperson: Der er ingen tvivl om, at hvis du spørger nogle frontmedarbejdere, så vil de vægte ressourcespørgsmålet langt, langt højere, end vi lige har nævnt det her. Helt sikkert. Altså, at der er tilstrækkelige medarbejderressourcer ikke mindst. Helt afgørende vil de sige.

Interviewer: Hvad mener du? Dét vægter I eller hvad?

Interviewperson: Vi ved jo godt, det har betydning, men vi har jo også et andet fokus med alle de andre ting, vi har sagt. Vi har et lidt andet blik på det. Men når vi snakker med de lokale folk, så er det jo altid ressourcer. ”Vi er for trængte, vi har for travlt, vi har for mange sager og brugere”, og hvad ved jeg. Det er tit det, det handler om, især hvis vi skal komme med nogle nye ting, de skal lave, så ved vi, at ud fra deres perspektiv er ressourceproblematikken helt vildt vigtig.

Der fremtræder dog også i de kvalitative interview et billede af en variation mellem behandlingsstederne. Der er både behandlingssteder, der oplever en forholdsvis god ressourcesituation, og behandlingssteder, der påpeger en presset ressourcesituation. Der er behandlingssteder og kommuner, der antyder, at økonomiske overvejelser spiller ind på prioriteringer omkring forbruget af døgnbehandlingstilbud, men der er også både behandlingssteder og kommuner, der ikke mener, at omfanget af brugen af døgnbehandling er særligt underlagt økonomiske betragtninger og begrænsninger. Hovedparten af overvejelserne i interviewmaterialet omkring ressourcesituationen rettes mod vilkårene i den ambulante be-

handling. Her påpeges det på en del behandlingssteder, at der er en forholdsvis høj bruger-behandler-ratio.

OPSUMMERING

Afdækningen af behandlingstilbuddenes omfang og karakter tegner et billede af et behandlingssystem med specialiserede tilbud til forskellige misbrugergrupper og til særlige grupper af misbrugere. Der er dog også grupper, der kun i begrænset omfang er specialiserede tilbud til. Det gælder navnligt brugere med etnisk minoritetsbaggrund og de psykisk syge misbrugere. Også behovet for specialiserede tilbud til kvinder efterlyses.

Analysen af behandlingstilbuddenes personalesammensætning viser, at de store faggrupper i den sociale misbrugsbehandling udgøres af henholdsvis pædagoger, socialrådgivere og sygeplejersker. Det er en ret lav andel af personaletimerne, der anvendes på psykologer og psykiatere. Denne gruppe opgøres ud fra behandlingssteds-surveyen til at udgøre ca. 7 pct. af personaletimerne.

I kapitel 10 om den helhedsorienterede indsats fremgår det, at en meget betydelig del af brugerne angiver at have psykiske problemer, og en høj andel heraf angiver, at de ikke får tilstrækkelig hjælp i forhold til disse problemer. Samtidig er der en betydelig del af brugerne, som udtrykker et ønske om psykologbehandling. I lyset heraf kan der rettes opmærksomhed mod, at det er en ret lav andel af personalegruppen på misbrugsbehandlingsstederne, der udgøres af faguddannede psykologer og psykiatere. På de fleste behandlingssteder er der dog behandlere, der har efteruddannelse inden for forskellige behandlingsmetoder og terapiformer. I det følgende kapitel vil vi se nærmere på de metoder, der benyttes i behandlingen.

Som det blev vist i forrige kapitel, er der en betydelig del af brugergruppen, som modtager behandling af en lav intensitet, og en betydelig del af brugerne ønsker sig flere samtaler og således en behandling af en højere intensitet. Analysen i dette kapitel understreger, at det forhold, at en betydelig del af brugerne modtager social behandling af en lav intensitet, ikke blot hænger sammen med individuelle karakteristika ved brugerne, men også hænger sammen med institutionelle karakteristika og således særligt behandlingsstedernes personalenormering. Navnlig på en

del af de ambulante behandlingssteder er der en forholdsvis høj bruger-behandler-ratio, hvor hver behandler således skal varetage kontakten med et forholdsvis højt antal brugere. Her er der en tendens til, at behandlingssteder med den laveste personalenormering samtidig har flest brugere i behandling af en lav intensitet.

BEHANDLINGSTILGANGE OG METODER

I forrige kapitel har vi set på, hvilke typer af social behandling brugerne modtager, fordelt på hovedkategorier af behandlingstyper. I dette kapitel vil vi se nærmere på, hvad der kendetegner metoderne i den sociale behandling. Vi ser på udbredelsen af forskellige behandlingstilgange og metoder, orienteringen i behandlingen i forhold til sondringen mellem stoffrihed vs. skadesreduktion og mellem en årsags- eller konsekvensorienteret tilgang.

BEHANDLINGSTILGANGE OG METODER

I en undersøgelse af metoder i det sociale arbejde definerer Thorsager generelt metodisk socialt arbejde som *planlagt, formålstjenligt, systematisk og verbaliseret*. Det betyder, at arbejdet indebærer overvejelser om, hvad målet med indsatsen er, hvilke midler der er hensigtsmæssige for at nå dette mål, samt at arbejdet er tilrettelagt på så systematisk en måde, at socialarbejderen selv og dennes kolleger kan gentage metoden (Thorsager et al., 2007: 9).

Vi vil også benytte et bredere begreb om behandlingstilgange, der inkluderer underliggende faglige og normative opfattelser af det fænomen (stofmisbruget), som behandlingen retter sig imod, og af hvilke principper der bør ligge til grund for behandlingen. Dermed inddrager vi

også et fokus på de underliggende forståelser af begreber som stoffrihed og skadesreduktion, som vi diskuterede i kapitel 2, og vurderinger af, hvorvidt behandlingen bør orientere sig mod misbrugets årsager eller mod misbrugets konsekvenser.

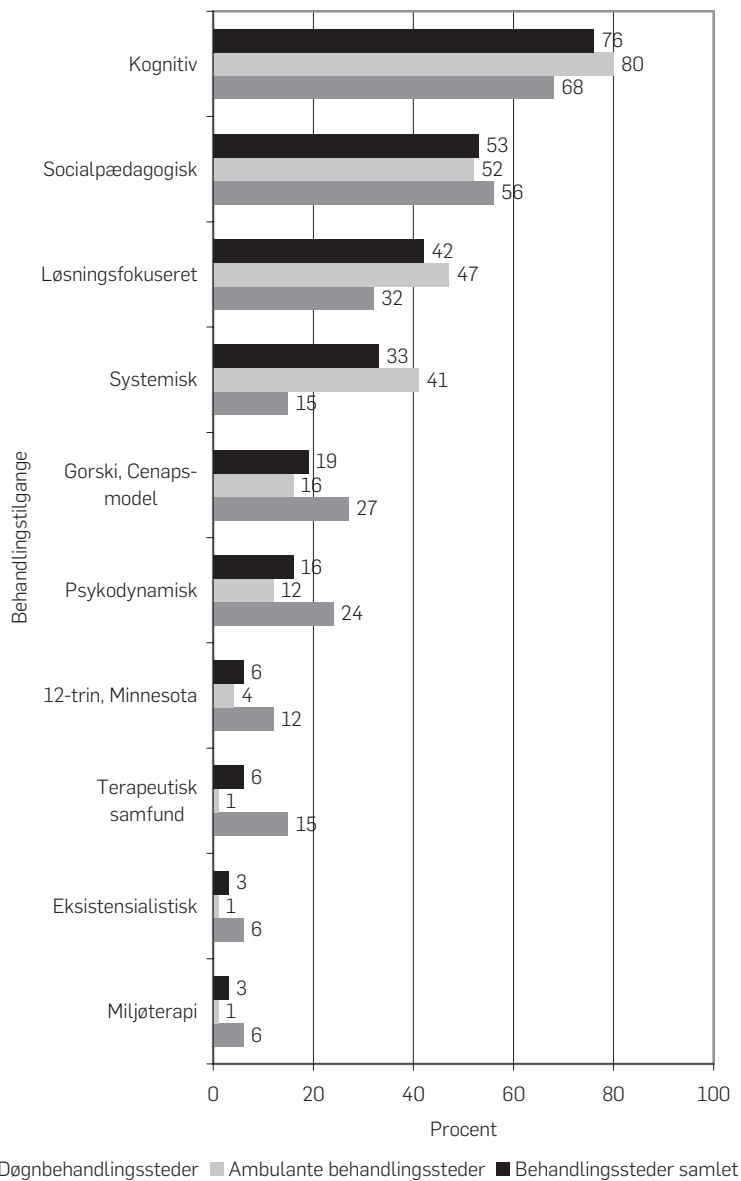
Vi vil først afdække orienteringerne mod en række forskellige terapeutiske retninger, hvor vi i behandlingssteds-surveyen har bedt behandlingslederne vurdere, hvad der er den/de mest udbredte retninger på det pågældende behandlingssted. Behandlingslederne har haft mulighed for at angive op til tre forskellige retninger, der er mest udbredt det pågældende sted.

De fleste (99 af de 109) behandlingsledere har fundet, at mere end én overskrift var dækkende i forhold til de behandlingstilgange, der benyttes på behandlingsstedet. Det viser sig, at stederne kombinerer flere forskellige tilgange, enten for at tilpasse deres tilbud forskellige brugere og brugergrupper, fordi forskellige behandlere foretrækker forskellige tilgange, eller fordi de mener, at hver enkelt bruger kan have gavn af flere forskellige tilgange, evt. i forskellige faser af sit behandlingsforløb.

Der er fire behandlingstilgange, som ifølge behandlingssteds-surveyen anvendes på hvert tredje behandlingssted eller mere. Det er den kognitive, den socialpædagogiske, den løsningsfokuserede og den systemiske tilgang. Det er i overensstemmelse med en optælling fra Tilbudsportalen (www.tilbudsportalen.dk) efteråret 2008, hvor det var de samme fire betegnelser, som blev anvendt af flest behandlingssteder. I nedenstående oversigt bliver de fire mest udbredte behandlingstilgange kort præsenteret.

FIGUR 7.1

Behandlingstilgange på 109 behandlingssteder. Procent.



Kilde: Behandlingssteds-surveyen.

OVERSIGT 7.1

Præsentation af de fire mest udbredte behandlingstilgange

Den kognitive tilgang

I den kognitive tilgang til stofmisbrugsbehandling retter behandleren opmærksomheden mod brugerens tanker og processen, hvor tankerne omsættes til handlinger. Begrebet kognitiv refererer til menneskers tænkning og erkendelse. Antagelsen i den kognitive tilgang er, at man ved at blive opmærksom på sine tankeprocesser kan ændre sine tanker og derigennem også sine handlinger. En anden antagelse er, at brugeren altid vil være ambivalent i ønsket om stoffrihed. Brugeren oplever en eller anden gevinst ved stofferne, men tænkningen omkring fordele og ulemper samt vurderingen af mulighederne for at stoppe stofmisbruget kan være baseret på vrangforestillinger eller mangelfuld erkendelse af fx omkostninger ved stofmisbruget samt muligheder for ophør. Behandleren skal derfor hjælpe brugeren med at få et realistisk billede af fordele og ulemper samt anvise alternative tænke- og handlemuligheder.

Socialpædagogisk tilgang

I den socialpædagogiske tilgang til stofmisbrugsbehandling retter behandleren opmærksomheden mod brugerens aktuelle sociale kontekst. Stofmisbruget bliver forstået i sammenhæng med brugerens sociale situation; brugerens sociale relationer eller manglende sociale relationer, brugerens baggrund, brugerens sociale muligheder osv. Antagelsen er, at stofmisbrug er et svar eller en reaktion på nogle svære sociale vilkår – ikke nødvendigvis et hensigtsmæssigt svar, men et svar, som har været meningsfuldt for brugeren på et bestemt tidspunkt i livet. Ethvert menneske har et udviklingspotentiale, og behandleren kan støtte brugeren i en positiv udvikling ved at indgå i gode relationer med brugeren, hvor omsorg, krav og udfordringer er afbalanceret i forhold til brugerens ressourcer.

Løsningsfokuseret tilgang

I den løsningsfokuserede tilgang til stofmisbrugsbehandling retter behandleren opmærksomheden mod brugerens ressourcer og egne løsninger. Behandleren søger ikke at forstå eller forklare brugerens problemer og beskæftiger sig heller ikke med konsekvenser af problemerne i brugerens liv. Fokus er på nutiden og praktisk realiserbare løsninger. Tilgangen er baseret på en antagelse om, at problemer aldrig er kon-

stante og altoverskyggende. Der er altid undtagelser: Gode perioder, hvor problemerne er mindre eller helt fraværende, og stærke sider af brugerens personlighed. Behandleren skal hjælpe brugeren med at erkende og genkende de gode handle-mønstre, som derefter kan forstærkes. Behandleren accepterer brugerens egen forståelse af sin situation og går ud fra den, ligesom brugeren mødes med en tro på, at brugeren selv kan finde løsningen og ressourcerne til at realisere den. Behandleren faciliterer arbejdet ved at vise brugeren tillid og hjælpe vedkommende med at se sine egne ressourcer og løsninger.

Systemisk tilgang

I den systemiske tilgang til stofmisbrugsbehandling retter behandleren opmærksomheden mod de sociale systemer, som brugeren er integreret/ikke-integreret i. Behandleren søger at identificere og bevidstgøre brugeren om de sociale relationer og processer, som kan være med til at fastholde misbruget. De sociale systemer, man fokuserer på, kan være familien, vennegruppen, arbejdspladsen eller gruppen på behandlingsinstitutionen, hvis der er tale om gruppebehandling. En grundantagelse i den systemiske tilgang er, at brugeren ved sin deltagelse i uhensigtsmæssige relationsmønstre er fanget i et system, hvor stofmisbruget på en paradoksål måde bliver hensigtsmæssigt. En central opgave for den systemiske behandler er derfor at give brugeren en forståelse af processerne og hans eller hendes rolle i systemet.

Den kognitive, den socialpædagogiske, den løsningsfokuserede og den systemiske tilgang til behandling er ifølge behandlingssteds-surveyen de mest udbredte. Som det fremgår af figur 7.1, er den kognitive tilgang den af disse fire behandlingstilgange, som flest behandlingssteder kan identificere sig med. 76 pct. af de 109 behandlingssteder mener, at det er en dækkende overskrift i forhold til deres tilgang. Godt halvdelen, 53 pct., af behandlingslederne har valgt den socialpædagogiske tilgang som en dækkende overskrift, mens 42 pct. af behandlingslederne har sat kryds ved den løsningsfokuserede tilgang. Den systemiske tilgang er lidt mindre udbredt i det danske behandlingslandskab ifølge behandlingssteds-surveyen, idet hver tredje behandlingsleder har fundet den overskrift dækkende for deres behandlingstilgang.

Der er nogle forskelle mellem ambulante behandlingssteder og døgnbehandlingssteder i udbredelsen af tilgangene. Den kognitive, løs-

ningsfokuserede og den systemiske tilgang er noget mere populære på de ambulante behandlingssteder end på døgnbehandlingsstederne, mens bl.a. Gorski/Cenaps-modellen, den psykodynamiske tilgang og tilgangen 'terapeutisk samfund' anvendes noget mere på døgnbehandlingsstederne end på de ambulante behandlingssteder. Hvis man ser på døgnbehandlingsstedernes indberetninger til DanRIS, viser en optælling, at 'kognitiv adfærdsorienteret' og 'socialpædagogisk' er de begreber, som hyppigst forekommer i DanRIS' 2007-rapport (Center for Rusmiddelforskning 2008), hvilket dermed også er i overensstemmelse med fundene i behandlingssteds-surveyen.²⁹

TILGANGENES UDTRYK OG STRINGENS

En tilgang kan komme til udtryk på forskellig vis og med forskellig grad af metodisk stringens. Hvis man ser på den kognitive tilgang til social stofmisbrugsbehandling, er den i sin oprindelige udformning formuleret af den amerikanske psykiater Aaron Beck, en yderst struktureret og fokuseret metode. Den kognitive tilgang tager udgangspunkt i, at der skal være en varm, tilpas empatisk og oprigtig relation mellem bruger og behandler (Beck et al., 1993). Det er ikke et særligt træk for den kognitive tilgang, da det kendetegner al moderne psykoterapi, at der lægges vægt på den terapeutiske alliance mellem bruger og behandler (Poulsen, 2006). Der er imidlertid også meget konkrete og veldefinerede teknikker i Becks udformning af den kognitive terapi. Det gælder kognitive teknikker som fordele-ulempe-analyse, identificering og modificering af stof-relaterede overbevisninger og automatisk negative tanker samt skemaer til registrering af tanker på daglig basis. De kognitive teknikker kan kombineres med mere adfærdsorienterede teknikker såsom eksperimenter, hvor brugeren skal afprøve nye adfærdsmønstre (enten i praksis eller på et forestillingsniveau), afspændingstræning og rollespil i en terapeutisk ramme. Når teknikkerne kombineres kan der tales om en systematisk kognitiv adfærdsterapi (Beck et al., 1993; Poulsen, 2006; Hesse, 2000).

Der er ifølge behandlingslederne en kognitiv tilgang til behandlingen på 76 pct. af alle behandlingssteder i Danmark. Det vil imidlertid være forskelligt, hvordan den kognitive tilgang kommer til udtryk disse

29. I DanRIS spørger man til orienteringer, mens vi i behandlingssteds-surveyen har brugt begrebet behandlingstilgang.

steder. Et behandlingssted kan eksempelvis være inspireret af den kognitive tilgangs grundantagelser om, at misbrugere altid er ambivalente i deres ønske om stoffrihed, *uden* at stedet anvender specifikke teknikker såsom fordele-ulempe-skemaer til at afdække brugernes ambivalens på en systematisk og metodisk stringent måde. Et steds behandlingskultur kan også være præget af den kognitive tilgangs opmærksomhed på ikke at beskrive brugeren som syg, men fokusere på problemer med at håndtere bestemte, afgrænsede situationer *uden* at arbejde med specifikke kognitive redskaber som adfærdsanalyse. Omvendt kan et behandlingssted prioritere, at alle behandlere uddannes i og arbejder systematisk inden for den kognitive tilgang (kognitiv adfærdsterapi) og kontinuerligt arbejder med evaluering, begrebsliggørelse og udvikling af metoden. Endelig kan man også bruge nogle af de specifikke teknikker (fx fordele-ulempe-skemaet til analyse af stofmisbrugerens ambivalens over for ophør med stofmisbrug), *uden* at man kender de basale antagelser, der ligger til grund for den kognitive tilgang.

Ligeledes kan man finde forskelle i udtryk og metodisk stringens inden for de øvrige tilgange. Den løsningsfokuserede tilgang kan være et behandlingsarbejde, som meget nøje følger praktiske step-by-step anvisninger som dem, Insoo Kim Berg og Norman Reuss giver i deres manual til stofmisbrugsbehandling (Berg & Reuss, 1998). Det er blandt andet anvisninger til, hvordan brugere skal modtages (helt ned til forslag til, hvordan man skal udfylde indskrivningsblanketter), lister af spørgsmål, de kan/bør stilles, og tjeklister for, hvordan man skal følge op på brugerens løsninger og succesoplevelser for at forstærke dem. Det kan imidlertid også være en mere improviseret tilgang inspireret af grundantagelsen i den løsningsfokuserede tilgang, nemlig at det er mere konstruktivt at finde løsninger end at fokusere på problemer, idet løsningsfokuseringen retter fokus mod brugernes allerede tilstedeværende ressourcer og muligheder, mens problemløsning retter fokus mod brugerens svagheder og fejltrin. Dette udgangspunkt kan fungere som en guide til, hvor behandleren skal lægge sit fokus, nemlig på at brugeren har ressourcer, som behandleren skal hjælpe med at få frem i lyset. Det kan behandleren bl.a. gøre ved at fokusere på brugerens succeser, fx de situationer, hvor brugeren kunne have taget noget stof, men *ikke* gjorde det, og bygge videre på disse oplevelser. Tilgangen kan beskrives som en form for hjælp til selvhjælp; behandleren faciliterer en proces, hvor brugeren bliver bevidst og realiserer egne ressourcer samt formulerer sine egne løsninger. Det

kan gøres via en teknik, hvor man bruger hv-spørgsmål, såsom: Hvad skal jeg gøre, når x opstår? Hvem kan hjælpe mig? Hvordan undgår jeg tilbagefald? Sådanne spørgsmål kan bruges til at etablere meget konkrete løsninger og måder at håndtere risikosituationer (ibid., Berg & Miller, 2002).

Når det gælder den socialpædagogiske tilgang, er den nærmest pr. definition ikke en metodisk stringent tilgang. Frem for at se mod den internationale metodelitteratur skal man rette øjnene mod en dansk kontekst for at finde rødderne til tilgangens udtryk. Blandt de teoretiske grundlæggere af den socialpædagogiske behandlingsmodel for stofmisbrugere kan man fremhæve Karen Berntsen og Finn Jørgensen, som i begyndelsen af 1970'erne formulerede hver deres form for socialpædagogisk fasemodel (Winsløv, 1984: 107-112). De socialpædagogiske behandlingstilbud blev i begyndelsen formet i modsætning til den lægelige metadonbehandling, og der var i perioder krav om stoffrihed for indskrivning i kommunale og amtskommunale socialpædagogiske behandlingstilbud (ibid.: 106, 113). Fra begyndelsen af 1970'erne var der enkelte socialpædagogiske behandlingstilbud, som inkluderede længerevarende metadon, men generelt var de skeptiske eller afvisende (ibid.: 106-143). Det har ændret sig, idet den socialpædagogiske tilgang i dag anvendes mange steder, hvor man sideløbende tilbyder længerevarende substitutionsbehandling, og den socialpædagogiske tilgang får da allerede i løbet af 1970'erne mange forskellige konkrete udformninger. Det fælles udgangspunkt er, at man ikke ser stofmisbrug som en sygdom, men som et socialt fænomen, der skal forstås på baggrund af og i sammenhæng med den sociale kontekst (ibid.: 110, 112). I de socialpædagogiske behandlingstilbud kan man arbejde med den sociale kontekst via strukturerede, praktiske og pædagogiske forløb eller via mere 'ustruktureret' samvær og relationsarbejde (Mehlbye, 1997: 113-116).

I den systemiske tilgang er fokus på de sociale systemer, som misbruget indgår i, samt en udforskning af de sociale relationer og processer, som kan være med til at fastholde misbruget. De sociale systemer, man ser på, kan fx være familien, venner, arbejdspladsen eller gruppen på behandlingsinstitutionen. En grundantagelse er, at brugeren ved sin deltagelse i uhensigtsmæssige relationsmønstre er fanget i et system, hvor stofmisbruget på en paradoksal måde bliver hensigtsmæssigt, og den centrale opgave for den systemiske behandler er derfor at give brugeren en forståelse af processerne og hans eller hendes rolle i systemet. En af

de specifikke systemiske spørgeteknikker, udviklet i den systemiske tradition, er 'cirkulær udspørgen', som er en systematisk spørgen til tanke-mønstre, roller og relationer. Teknikken kan bruges i en gruppe eller familie, hvor en deltager fx bliver bedt om at beskrive en anden deltagers rolle eller relationen mellem to andre deltagere med bl.a. det formål, at deltagerne får præsenteret et nyt syn på hidtil fastlåste mønstre og bliver i stand til at handle mere hensigtsmæssigt. Inddragelsen af det sociale system rundt om brugeren kan være konkret og fysisk, som i multisystemisk terapi, eller det kan være en narrativ inddragelse af det sociale system omkring misbrugeren (Poulsen, 2006; Gustle, 2006). Det er dog indtrykket fra de kvalitative interview med behandlingslederne, at der kun i begrænset omfang benyttes en egentlig multisystemisk tilgang, hvor terapien også rettes mod de omgivende sociale systemer, som stofmisbrugerne indgår i. Inden for den multisystemiske terapi lægges der således vægt på aktivt at inddrage fx misbrugerens pårørende eller de sociale systemer, misbrugerne indgår i, herunder at styrke omgivelsernes forståelse af misbrugerens reaktions- og handlemønstre, for derved at blive bedre i stand til at støtte op om misbrugeren.

Det er karakteristisk for behandlingsstedernes besvarelser, at der ofte nævnes flere forskellige tilgange på samme behandlingssted. I de kvalitative interview beskriver en del behandlingssteder, hvorledes der benyttes flere forskellige tilgange i behandlingen. Her henvises særligt til en erfaring af, at forskellige brugere kan have gavn af forskellige terapiformer, ligesom der også henvises til forskellige faglige kompetencer og interesser i personalegruppen. Det er således indtrykket af en behandlingsmæssig pluralisme, der dominerer billedet. Der er dog også en del behandlingsledere, der fremhæver, at man på behandlingsstedet særligt er orienteret mod en bestemt metode, hvor det er den kognitive metode, der dominerer billedet. Erfaringen på nogle behandlingssteder er, at det er denne metode, der bedst er i stand til at skabe konkrete forandringer for brugerne gennem arbejdet med brugerens konkrete tanke- og adfærdsmønstre.

Det fremgår dog også af de kvalitative interview, at der kun i meget begrænset omfang sker en egentlig dokumentation af de forskellige tilganges effektivitet i behandlingen, og at metodeudviklingen således er erfaringspræget. En del behandlingsledere henviser til betydningen af litteratur, kurser, netværk og anden erfaringsudveksling, mens der kun i meget begrænset omfang sker en egentlig systematisk, evidensorienteret

indsamling af data og viden om de enkelte behandlingsmetoders virksomhed. Her er det også indtrykket, at behandlingslederne ikke oplever nogen sammenhæng mellem den omfattende indsamling af dokumentation på området (i form af indberetninger til diverse registre) og den konkrete metodeudvikling.³⁰

STOFFRIHED OG SKADESREDUKTION

Begrebet skadesreduktion beskriver en tilgang til stofmisbrug, som sigter mod at reducere de sundhedsmæssige, sociale og økonomiske skader af misbrug uden at insistere på stoffrihed (jf. Riley et al., 1999). Begrebet refererer både til konkrete og praktiske skadesreducerende tiltag, såsom fixerum, undervisning i god fixeteknik, etablering af lavtærskeltilbud, sprøjtebytteordninger mv. og mere bredt til en tilgang og tankegang, som fokuserer på en reduktion af skader for både stofmisbrugeren selv og dennes omgivelser frem for opnåelse af stoffrihed.

Sondringen mellem en orientering mod skadesreduktion og en orientering mod stoffrihed er som nævnt i kapitel 2 en gennemgående sontring i den internationale litteratur på området. Der er i det kvalitative materiale en vis spændvidde i behandlingsstedernes og kommunernes vurdering af, hvorvidt stoffrihed (herunder fra substitutionsmedicin) bør være den foretrukne målsætning og orientering i behandlingen. Langt hovedparten af interviewpersonerne understreger, at behandlingsmålsætningerne tilpasses individuelt i et samspil mellem brugernes ønsker og behandlernes faglige vurderinger. Der er dog også behandlingssteder, hvor det er en orientering mod stoffrihed, der som udgangspunkt lægges til grund for behandlingsmålsætningerne. Med stoffrihed forstås således, at der som udgangspunkt sigtes mod ophør af misbrug uden brug af substitutionsbehandling. Der er ligeledes et eksempel på en kommune, der i forbindelse med visitation giver udtryk for en opfattelse af, at behandlingsstederne i deres indstillinger ikke i et tilstrækkeligt omfang lægger vægt på stoffrihed som målsætning. En anden undersøgelse (Andersen & Järvinen, 2009) af behandlingen af opiat-misbrugere i København har derimod påpeget, at der blandt behandlere på området er en betydelig skepsis og modstand mod stoffrihed som generel målsætning, hvor

30. Dokumentationen og monitoreringen på området belyses yderligere i kapitel 16.

substitutionsbehandlingen således fremstår som det væsentligste tilbud i behandlingen af opiat-misbrugerne.

Både behandlingsledere og brugere påpeger, hvordan substitutionsbehandlingen virker fastholdende på misbrugerne på den måde, at når brugerne først er i substitutionsbehandling, er det meget vanskeligt at komme ud af afhængigheden af substitutionsmedicinen, og der er også behandlingsledere, der kritiserer, at brugerne i substitutionsbehandling i for høj grad overlades til sig selv i behandlingssystemet. En behandlingsleder siger herom:

De [brugere] i substitutionsbehandling, jeg bryder mig ikke om udtrykket, men de er jo et eller andet sted parkeret i en livsvarig forsørgelse og en livsvarig medicinsk, stabiliserende behandling. Altså, det er virkeligheden. Det, der er vores opgave, er at undgå, at de får det dårligere. Vi skal gøre, hvad vi kan, for at de bevarer en vis livskvalitet, og at de helbredsmæssigt er nogenlunde på plads. Men vi har samtidig en voldsomt stor opgave, der handler om, at den gruppe ikke må vokse! Vi skal fange dem noget før, vi skal have nogle mere intensive, målrettede behandlingstilbud på et tidligere tidspunkt, så vi undgår den der sociale invalidering, der følger med. For jeg vil sige – og det lyder måske lidt frækt, når jeg selv er en del af branchen – at systemet har været med til, i et eller andet omfang, at invalidere de her mennesker, mere end det var nødvendigt, fordi man har ladet dem være alt for meget. De har fået deres medicin, og så har de stort set fået lov til at passe sig selv. Desværre. Det skal vi ikke gentage. Der er folk, der fortæller mig: 'Jeg startede med at få metadon, da jeg var 18 år'. Det kan man simpelthen ikke være bekendt. Vi skal fange dem noget tidligere, og vi skal udnytte, at vi er blevet meget klogere og dygtigere til at lave terapi osv. Og så skal vi forstå og lave kombinationer mellem det behandlingsmæssige og det uddannelsesmæssige/behandlingsmæssige.

Dette billede genfindes i brugerinterviewene, hvor der er brugere der giver udtryk for, at de udvikler en stærk afhængighed af substitutionsmedicinen, og at de herved også udvikler en stærk afhængighed af behandlingssystemet. Flere brugere påpeger, at abstinenserne ved udtrapning fra substitutionsmedicin opleves som endnu værre end for opiaterne. Om-

vendt er der dog også en del brugere, der påpeger, at substitutionsmedicinen er en afgørende nødvendighed for, at de kan opretholde deres tilværelse. Afhængigheden skinner dog også igennem i disse interview, hvor der fx er brugere, der beretter om decideret angst for at miste adgangen til deres substitutionsmedicin.

På trods af den variation i opfattelsen af substitutionsmedicinen, der viser sig i interviewene, er det gennemgående billede i de kvalitative interview, at målsætningerne for den enkelte bruger fastlægges i et samspil med brugerens ønsker, herunder i forbindelse med udredningsforløb, hvor det fastlægges, hvilken behandling brugeren bliver tilbudt. Behandlingslederne fremhæver generelt muligheden for løbende at justere på behandlingsmålsætningerne i forhold til brugerens eventuelle ønske om stoffrihed. Samtidig understreger behandlingslederne dilemmaet i forhold til, at et brugerønske om en målsætning om fuld stoffrihed set ud fra behandlerens erfaring og faglige vurdering kan forekomme urealistisk.

Behandlingslederne påpeger endvidere naturligvis forskellen mellem de forskellige misbrugsgrupper. For misbrugere af hash og centralstimulerende stoffer vil der sædvanligvis sigtes mod stoffrihed, men der kan dog også individuelt være målsætninger om reduktion, fx at reducere forbruget i hverdage, omend flere behandlingsledere påpeger, at en sådan målsætning om reduktion kan være vanskelig at benytte, og at et sigte mod fuldt ophør af misbruget sædvanligvis vil være tilfældet.

På trods af, at både kommunale myndighedspersoner og behandlingsledere først og fremmest betoner fleksibiliteten i tilrettelæggelsen af behandlingsmålsætningerne, er der, som vi skal se i svarmaterialet fra surveyen til behandlingslederne, en tendens til, at nogle tilbud orienterer sig mod skadesreduktion og andre mod et princip om stoffrihed, og der er nogle tydelige institutionelle karakteristika, der gør sig gældende i forhold til denne sontring.

I surveyen har vi søgt at afklare, hvor meget orienteringen mod skadesreduktion faktisk fylder i det danske behandlingslandskab. Ledere fra 109 behandlingssteder har svaret på følgende spørgsmål: "Skadesreduktion kan defineres som en tilgang, hvor man søger at reducere sociale, psykiske og fysiske skader af misbrug uden at sigte på stoffrihed. Ud fra denne definition, i hvor høj grad vil du da beskrive dette steds behandlingstilbud som skadesreduktion?" Svarene fremgår af tabel 7.1.

TABEL 7.1

Behandlingsledernes vurdering af behandlingstilbuddets orientering mod skadesreduktion. Antal og procent.

	Antal	Procent
I høj grad	30	28
I nogen grad	30	28
I mindre grad	28	26
Slet ikke	20	18
Ved ikke	1	1
I alt	109	100

Kilde: Behandlingssteds-surveyen.

Behandlingsstederne fordeler sig bredt på skalaen for orientering mod skadesreduktion. Der er 28 pct., som i høj grad vil beskrive deres behandlingstilbud som skadesreduktion, og omvendt er der 18 pct., som slet ikke vil beskrive deres behandlingstilbud som skadesreduktion.

Vi har også søgt at kortlægge orienteringen mod skadesreduktion via nogle spørgsmål til praksis og forestillinger, som typisk forbindes med skadesreduktion (se Andersen & Järvinen, 2006; Järvinen, 2008; Andersen, 2007; Andersen & Järvinen, 2009).

Der er en betydelig variation mellem behandlingsstederne i forhold til opfattelsen af, om stoffrihed bør være målsætningen for alle misbrugere i behandling. Det er 35 pct. af behandlingslederne, der er helt enige eller overvejende enige i denne påstand, og 54 pct., der er overvejende eller helt uenige.

TABEL 7.2

Behandlingsledere, der er enige i, at stoffrihed bør være målsætningen for alle misbrugere i behandling. Antal og procent.

	Antal	Procent
Helt enig	14	13
Overvejende enig	24	22
Hverken enig eller uenig	12	11
Overvejende uenig	25	23
Helt uenig	33	31
I alt	108	100

Kilde: Behandlingssteds-surveyen.

Der er endvidere en markant sammenhæng mellem holdningen til, om stoffrihed bør være målsætningen for alle misbrugere i behandling, og hvorvidt behandlingsstedet karakteriseres som værende orienteret mod skadesreduktion eller stoffrihed.

TABEL 7.3

Sammenhæng mellem orientering mod skadesreduktion og holdning til stoffrihed som målsætning for alle brugere. Procent og antal.

	Skades- reduktion i høj eller i nogen grad	Skades- reduktion i mindre grad eller slet ikke	I alt, procent	I alt, antal
Helt eller overvejende enig i, at stoffrihed bør være målsætningen for alle brugere i behandling	22	78	100	37
Hverken enig eller uenig i, at stoffrihed bør være målsætningen for alle brugere i behandling	67	33	100	12
Helt eller overvejende uenig i, at stoffrihed bør være målsætningen for alle brugere i behandling	76	24	100	58
I alt	56	44	100	107

Anm.: $\chi^2 = 27,6$, $p = 0,000$.

Kilde: Behandlingssteds-surveyen.

Der er også en spredning mellem behandlingslederne i opfattelsen af, hvorvidt misbrugere kan blive stoffri, hvis de får det rigtige behandlings-tilbud, hvor 48 pct. er helt eller overvejende enige i denne opfattelse, og 28 pct. er overvejende eller helt uenige.

Når det gælder praksis, så er skadesreduktion forbundet med en skepsis over for sanktioner, og urinprøver er ikke noget, der typisk forbindes med skadesreduktionstilbud. I en evaluering af substitutionsbehandling (metadonprojektet ved Center for Rusmiddelforskning) forklarede behandlere i en kvalitativ interviewundersøgelse, at sidemisbrug er en del af brugernes verden (Asmussen & Kolind, 2005). Hvis behandlere skal have mulighed for at opbygge en god, tillidsfuld relation til brugeren, så skal brugeren kunne tale åbent om sidemisbrug uden at frygte for sanktioner. Urinkontrol forekom slet ikke i de fire evaluerede projekter (ibid.).

TABEL 7.4

Behandlingsledere, der er enige i, at alle eller de fleste misbrugere kan blive stoffri, hvis de får det rigtige behandlingstilbud. Antal og procent.

	Antal	Procent
Helt enig	17	16
Overvejende enig	35	32
Hverken enig eller uenig	25	23
Overvejende uenig	23	21
Helt uenig	7	7
Ved ikke	1	1
I alt	108	100

Kilde: Behandlingssteds-surveyen.

Behandlingsstederne kan møde krav om urinprøvekontrol i forbindelse med vilkår fra Kriminalforsorgen eller i forbindelse med børnesager, hvor det ikke er behandlingsstedet, der som sådan beslutter sig for at benytte urinprøvekontrol. Vi har ønsket at afdække, om behandlingsstedet på eget initiativ tager urinprøver, og har derfor formuleret spørgsmålet således: ”Tager behandlingsstedet urinprøver af brugere ud over, hvad der er påkrævet af Kriminalforsorgen eller andre eksterne myndigheder?”

TABEL 7.5

Behandlingsstedernes brug af urinprøver. Antal og procent.

	Antal	Procent
Ja	72	66
Nej	36	33
Ved ikke	1	1
I alt	109	100

Kilde: Behandlingssteds-surveyen.

To ud af tre behandlingssteder bruger urinprøver. Tallet kan synes overraskende højt, eftersom der har været et indtryk i litteraturen af, at brugen af urinkontrol som led i substitutionsbehandling har været aftagende i Danmark (fx Ege, 2003). Urinprøver er ikke kun blevet kritiseret for at skabe en barriere for den gode, tillidsfulde behandler-bruger-relation, men også for at være dyre, upålidelige og ubehagelige for både brugere og behandlere, ligesom der er blevet sat spørgsmålstegn ved, om de

overhovedet har en positiv effekt (Jöhncke, 1997; Pedersen, 2001, 2005; Ege, 2003; Asmussen & Kolind, 2005).

Brugen af urinprøver i forbindelse med substitutionsbehandling er ikke noget, der registreres af Sundhedsstyrelsen, og det er derfor svært at vurdere, om tallet virkelig er overraskende højt. Tallet siger naturligvis ikke noget i sig selv om, hvorvidt der er sket en reduktion af urinkontroller, eftersom det er et tværsnit. Tallet kan tidligere have været endnu højere. Ligeledes kan man heller ikke ud fra besvarelserne sige, om der har fundet en reduktion sted i anvendelsen af urinprøver på det enkelte behandlingssted, eftersom behandlingsstederne kun er blevet spurgt, om de benytter urinprøver, og ikke hvor hyppigt urinprøver anvendes.

En anden praksis, der forbindes med skadesreduktion, er, at reaktionen på sidemisbrug blandt brugere i substitutionsbehandling ikke er ned- eller udtrapning. Snarere er en af de skadesreducerende strategier, at man kan søge at optrappe substitutionsmedicinen og give mere eller anden støttemedicin ud fra et håb om, at det reducerer sidemisbruget (se Andersen & Järvinen, 2009). Behandlingsstederne er blevet spurgt, hvad deres typiske reaktion på sidemisbrug blandt modtagere af substitutionsmedicin er. De 74 behandlingssteder med brugere i substitutionsbehandling har haft mulighed for at give flere svar. Besvarelserne fremgår af tabel 7.6.

Som det fremgår af tabellen, er det kun en mindre del af behandlingssteder med brugere i substitutionsbehandling, som benytter sanktionsmidler eller giver advarsler herom som reaktion på sidemisbrug. Den hyppigst forekommende reaktion er at indkalde brugeren til ekstra samtaler. Det bliver gjort på 78 pct. af behandlingsstederne med brugere i substitutionsbehandling ifølge lederne. På halvdelen af behandlingsstederne optrapper man brugerens substitutionsmedicin og/eller anden medicin som følge af sidemisbrug.

TABEL 7.6

Behandlingsstedets typiske reaktion på sidemisbrug blandt modtagere af substitutionsmedicin på 74 behandlingssteder. Antal og procent.

	Antal	Procent
Ingen reaktion	5	7
Udtrappe brugeren af substitutionsmedicinen og/eller anden medicin	2	3
Nedtrappe brugeren af substitutionsmedicin og/eller anden medicin	1	1
Give advarsel om ud- eller nedtrapning af substitutionsmedicin og/eller anden medicin	8	11
Benytte andre sanktionsmidler (fx udelukkelse fra fælles aktiviteter)	3	4
Optrappe substitutionsmedicin og/eller anden medicin	37	50
Indkalde brugeren til ekstra samtaler om sidemisbrug	58	78
Ved ikke	2	3

Kilde: Behandlingssteds-surveyen.

SKADESREDUKTION OG INSTITUTIONELLE KARAKTERISTIKA

Der er en meget markant forskel mellem de ambulante behandlingssteder og døgnbehandlingsstederne, idet hovedparten af de ambulante behandlingssteder angiver, at de er orienteret mod skadesreduktion, mens hovedparten af døgntilbuddene angiver, at de i mindre grad eller slet ikke orienterer sig mod skadesreduktionsprincippet. Det afspejler, at døgnbehandlingsstederne i højere grad er orienteret mod et princip om stoffrihed som målsætning i behandlingen. Her skal det tages i betragtning, at opiat-misbrugere i substitutionsbehandling generelt er tilknyttet de ambulante behandlingssteder, hvor denne behandlingsform i sit udgangspunkt er baseret på princippet om skadesreduktion.

Der er endvidere en tydelig sammenhæng mellem behandlingsstedets størrelse og orienteringen mod skadesreduktion, idet det navnlig er de største (ambulante) behandlingssteder, der orienterer sig mod skadesreduktion. Man skal dog være opmærksom på, at nogle behandlingssteder indeholder flere afdelinger eller tilbud, som måske er direkte modsatte i forhold til skadesreduktion. Det kan fx være en døgninstitution, der som hovedregel er orienteret mod stoffrihed, men som har en lille afdeling for svært belastede stofmisbrugere, som i høj grad er et skadesreduktionstilbud. Her er svaret baseret på en vurdering og afvejning af tyngden i det samlede tilbud.

TABEL 7.7

Sammenhæng mellem orientering mod skadesreduktion og behandlingsstedets behandlingsform. Procent og antal

	Skadesreduktion i høj eller nogen grad	Skadesreduktion i mindre grad eller slet ikke	I alt, procent	I alt, antal
Ambulante tilbud	71	29	100	75
Døgntilbud	21	79	100	33
I alt	56	44	100	108

Anm.: Syv af de 33 døgnbehandlingssteder har et ambulante behandlingstilbud ved siden af deres døgnbehandling. Det kan fx være et ambulante behandlingstilbud i forbindelse med afslutning/udslusning efter et døgnophold. $\chi^2 = 22,7$, $p = 0,000$.

Kilde: Behandlingsstedes-surveyen.

TABEL 7.8

Sammenhæng mellem orientering mod skadesreduktion og behandlingsstedets størrelse. Procent og antal.

	Skadesreduktion i høj eller nogen grad	Skadesreduktion i mindre grad eller slet ikke	I alt, procent.	I alt, antal
0-19 brugere	26	74	100	31
20-39 brugere	44	56	100	16
40-59 brugere	40	60	100	15
60-119 brugere	79	21	100	14
120 eller flere brugere	88	13	100	32
I alt	56	44	100	108

Anm.: $\chi^2 = 29,7$, $p = 0,000$.

Kilde: Behandlingsstedes-surveyen.

Der er også en klar sammenhæng mellem bruger-behandler-rationen og orienteringen mod skadesreduktion, idet der er en tydelig orientering mod skadesreduktion på tilbud med et højt antal brugere pr. behandler.

TABEL 7.9

Sammenhæng mellem orientering mod skadesreduktion og behandlingsstedets bruger-behandler-ratio. Procent og antal.

	Skadesreduktion i høj eller nogen grad	Skadesreduktion i mindre grad eller slet ikke	I alt, procent.	I alt, antal
0-2,99 brugere pr. behandler	29	71	100	24
3-9,99 brugere pr. behandler	53	47	100	34
10-14,99 brugere pr. behandler	58	42	100	19
15 eller flere brugere pr. behandler	89	11	100	19
I alt	55	45	100	96

Anm.: $\chi^2 = 15,7$, $p = 0,001$.

Kilde: Behandlingssteds-surveyen.

Det viser sig også, at svaret på spørgsmålet om, hvorvidt tilbuddet er orienteret mod skadesreduktion, er forbundet med den behandlingsintensitet brugerne modtager. Tabel 7.10 viser, at tilbud, hvor en høj andel af brugerne modtager ad hoc-samtaler (behandlingsydelser sjældnere end hver 14. dag), i høj grad er orienteret mod skadesreduktion. Her er der typisk tale om offentlige, ambulante tilbud. Døgnbehandlingsinstitutionerne, hvor der pr. definition ikke er brugere, der modtager ad hoc-ydelser, indgår i kategorien med ingen brugere, der modtager ad hoc-samtaler.

Resultaterne peger på, at sondringen mellem skadesreduktion vs. stoffrihed i høj grad er at genfinde i det danske behandlingslandskab, og at denne forskel i høj grad er forbundet med en række institutionelle karakteristika.

I den forbindelse er der også mange eksempler i interviewmaterialet på, at differentieringen mellem behandlingsforløb, rettet mod stoffrihed og substitutionsbehandling med et skadesreducerende sigte, er indbygget i behandlingsstedernes institutionelle struktur, fx i form af modulopdelte tilbud eller i opdelingen mellem forskellige behandlingsenheder, hvor substitutionsbrugere i langvarig behandling er tilknyttet bestemte afdelinger.

TABEL 7.10

Sammenhæng mellem orientering mod skadesreduktion og behandlingsstedets andel af brugere i ad hoc-intensitet

	Skadesreduktion i høj eller nogen grad	Skadesreduktion i mindre grad eller slet ikke	I alt, procent	I alt, antal
0 pct. brugere i ad hoc	28	72	100	46
1-24 pct. brugere i ad hoc	69	31	100	26
25-100 pct. brugere i ad hoc	82	18	100	28
I alt	54	46	100	100

Anm.: $\chi^2 = 23,6$, $p = 0,000$.

Kilde: Behandlingssteds-surveyen.

MÅLSÆTNINGER FOR BRUGERNES BEHANDLING

Orienteringen mod skadesreduktion eller stoffrihed lader sig også belyse gennem målsætningen for brugernes behandling, der er afdækket i bruger-surveyen, idet brugerne er blevet spurgt om, hvorvidt deres behandlingsforløb sigter mod stoffrihed eller ej.

TABEL 7.11

Brugerne fordelt efter formålet med deres nuværende behandling fordelt på hovedmisbrugsstof. Procent og antal.

Hovedmis- brugsstof	Er stoffri	Planlagt stoffrihed inden for de næste par år	Ikke planlagt stoffrihed	Ikke oplyst	I alt procent	I alt antal
Opiater	8	30	56	6	100	560
Opiater med blandings- misbrug	10	28	56	6	100	203
Centralsti- mulerende stoffer	38	22	29	10	100	144
Hash	37	26	22	16	100	93
I alt	15	28	49	7	100	1.000

Anm.: $\chi^2 = 151$, $p = 0,000$.

Kilde: Bruger-surveyen.

Her viser det sig, at 15 pct. af brugerne oplyser at være stoffri, mens der for 28 pct. af brugerne er planlagt stoffrihed inden for de næste par år. For 49 pct. af brugerne er der ikke planlagt stoffrihed. Ikke overraskende er det særligt blandt brugere af hash og centralstimulerende stoffer, at vi finder den højeste andel, der er stoffri, og omvendt blandt opiat-misbrugerne, at vi finder den højeste andel, hvor der ikke er planlagt stoffrihed. Det afspejler, at spørgsmålet omkring stoffrihed vs. skadesreduktion naturligvis også må ses i forhold til misbrugets karakter, hvor skadesreduktionsprincippet særligt gør sig gældende i forhold til substitutionsbehandlingen af opiat-misbrugere.

Fordelingen af brugere efter, om de har en målsætning om stoffrihed eller ej, genfindes i surveyen til behandlingslederne, der er blevet bedt om at angive, hvor mange af deres brugere der har stoffrihed som målsætning, hvilket angives til 48 pct.

TABEL 7.12

Brugernes målsætninger. Antal og procent

	Antal brugere	Procent
Brugere med stoffrihed som målsætning	3.441	48
Brugere som aktuelt ikke har en målsætning om stoffrihed, men fx reduktion af misbrug, stabilisering og lignende	3.685	52
I alt	7.126	100

Anm.: Behandlingslederne er blevet bedt om at vurdere, hvilke behandlingsmålsætninger deres brugere har aktuelt, og de fik at vide, at de gerne måtte basere svaret på et skøn. Ovenstående tabel er baseret på besvarelser fra 92 behandlingssteder.

Kilde: Behandlingsstedssurveyen.

Bruger-surveyen viser endvidere, at der er en klar sammenhæng mellem, hvorvidt der er en målsætning om stoffrihed, og hvilken behandlingsintensitet brugeren modtager. Der er en klar tendens til, at der kun i begrænset omfang er fastlagt målsætninger om stoffrihed for brugere, der modtager en lav intensitet. I gruppen, der modtager ad hoc-ydelser, er stoffrihed således ikke planlagt i 70 pct. af tilfældene mod 41 pct. af dem, der modtager ambulante ydelser oftere end hver 14. dag.

TABEL 7.13

Sammenhæng mellem behandlingsformål og intensitet. Procent og antal.

	Stoffri	Stoffrihed planlagt	Stoffrihed ikke planlagt	Formål ikke angivet	I alt procent	I alt antal
Ad hoc	5	21	70	5	100	442
Ambulant	13	40	41	7	100	403
Dagbehandling	52	19	16	13	100	69
Døgnbehandling	59	13	10	18	100	96
I alt	16	27	49	7	100	1.010

Anm.: $\chi^2 = 351$, $p = 0,000$.

Kilde: Bruger-surveyen.

TABEL 7.14

Brugere fordelt efter ønsker til og planlagt formål med behandlingen. Procent og antal.

	Antal	Procent
Planlagt stoffrihed og ønsker stoffrihed	270	27
Planlagt stoffrihed, men ønsker ikke stoffrihed	9	1
Ikke planlagt stoffrihed, men ønsker at blive stoffri	198	20
Ikke planlagt stoffrihed og ønsker ikke stoffrihed	271	27
Er stoffri	164	16
Uoplyst	101	10
I alt	1.013	100

Anm.: Uoplyst inkluderer brugere, som ikke har svaret på det ene eller begge spørgsmål – herunder brugere, som har angivet at være stoffri, men har taget stoffer eller substitutionsmedicin den seneste måned.

Kilde: Bruger-surveyen.

Der er også spurgt til, hvilket formål brugerne selv ønsker med behandlingen. I gruppen, hvor der ikke er planlagt stoffrihed, er der både en gruppe, der ikke ønsker stoffrihed som målsætning, og en gruppe, der ønsker at blive helt stoffri. Her skal det tages i betragtning, at skadesreduktionsprincippet netop bygger på, at det ikke er en realistisk målsætning for alle brugere at blive stoffri. Alligevel bør det bemærkes, at det er en betydelig del på ca. 20 pct. af den samlede brugergruppe, der ønsker at blive stoffri, men hvor det ikke er en del af den planlagte målsætning med behandlingen.

En del brugere henvender sig til behandlingssystemet med en klar idé om, hvad de ønsker at få ud af behandlingen, fx at de ønsker at

blive stoffri og/eller få metadon. Der er dog også en del brugere, som henvender sig til behandlingssystemet, fordi de ikke længere kan magte livet som misbrugere, men uden at de har en klar idé om, hvilken type hjælp de ønsker.

34 pct. af brugerne ønskede ved den oprindelige henvendelse at blive stoffri hurtigst muligt, mens 48 pct. ønskede at blive stabiliseret eller nedtrappet, 16 pct. henvendte sig for at opnå noget andet, og 3 pct. henvendte sig ikke selv.

Tabel 7.15 viser, at 67 pct. af brugerne, som oprindelig ønskede at blive stoffri, er stoffri, eller hvor det er planlagt, at de skal blive det inden for de næste par år. Der er 24 pct. af de brugere, som oprindelig ønskede at blive stoffri, hvor det ikke er en planlagt del af deres behandling. Der er dog også 33 pct., som henvendte sig for at blive nedtrappet og stabiliseret, som er stoffri, eller hvor det er planlagt, hvilket også er tilfældet for 36 pct. af de brugere, som henvendte sig for at opnå noget andet. Der er således en forholdsvis stor del af brugerne, hvor der er sket ændringer i, hvad der er formålet med behandlingen i forhold til de oprindelige ønsker. Dette understreger, at stofmisbrugsbehandling er en proces, hvor brugere kan blive motiveret til helt at stoppe misbruget, selvom det ikke var det oprindelige ønske, men hvor de også kan fravige et oprindeligt ønske om stoffrihed i løbet af behandlingsprocessen.

TABEL 7.15

Formål med behandlingen fordelt efter ønsket formål ved behandlingsstart. Procent og antal.

Oprindeligt ønsket formål	Er stoffri	Planlagt stoffrihed inden for de næste par år	Ikke planlagt stoffrihed	Ikke angivet	I alt procent	I alt antal
Stoffrihed	33	34	24	10	100	340
Nedtrapning og stabilisering	5	28	62	6	100	480
Noget andet	18	18	56	8	100	162
Henvendte sig ikke selv	18	11	68	4	100	28
I alt	17	28	48	7	100	982

Anm.: $\chi^2 = 179$, $p = 0,000$.

Kilde: Bruger-surveyen.

FOKUS PÅ MISBRUGETS ÅRSAGER OG KONSEKVENSER

En sondring i den teoretiske litteratur går som omtalt i kapitel 2 på, om der i misbrugsbehandlingen særligt lægges vægt på at afdække misbrugets årsager, eller om fokus rettes mod konsekvenserne. Forskellen knytter an til fokus i det terapeutiske arbejde, hvor navnlig den kognitive tilgang og den løsningsfokuserede tilgang betoner et fokus på misbrugets konsekvenser om end med et lidt forskelligt terapeutisk fokus.

I den kognitive tilgang, der som tidligere nævnt fremstår som den mest udbredte terapeutiske orientering i misbrugsbehandlingen, er der fokus på at arbejde med de tanke- og adfærdsmønstre, der virker fastholdende for misbrugsadfærden med henblik på at ændre disse mønstre. I den psykodynamiske tilgang derimod lægges der vægt på, at en grundlæggende forandring i brugernes handlemønstre kan opnås gennem et terapeutisk fokus på de dybereliggende årsager til misbruget, herunder eksempelvis et fokus på barndomsoplevelser.

En generel kritik af de to retninger indbyrdes er, at det i den psykodynamiske tradition hævdes, at uden et dybereliggende fokus på de psykologiske mekanismer, der medvirker til at producere og fastholde klienten i misbrugende adfærd, vil en forandring ikke være mulig, mens det i inden for den kognitive tradition hævdes, at et fokus på de dybereliggende årsager ikke nødvendigvis fører til en forandring af klientens tanker og adfærd, herunder en forandring af klientens misbrugsadfærd. I stedet betones i den kognitive tilgang nødvendigheden af at arbejde med ændring af tanke- og adfærdsmønstre. Her skal det dog understreges, at der er tale om en idealtypisk fremstilling af det terapeutiske fokus, og at der i det praktiske terapeutiske arbejde kan være en vekslen i fokus i forhold til klientens aktuelle situation, og hvilke temaer klienten bringer op.³¹

I bruger-surveyen har vi spurgt om, i hvor høj grad behandlingen fokuserer på årsagerne til misbruget, og om behandlingen fokuserer på tilbagefaldsforebyggelse. Som de følgende opgørelser viser, er der generelt en højere andel af brugerne, der oplever, at der fokuseres på tilbagefaldsforebyggelse, end der oplever, at der fokuseres på årsagerne til misbruget. Det afspejler formentlig generelt den højere grad af orien-

31. I kapitel 8 ser vi nærmere på det konkrete indhold af behandlingssamtalerne, og hvilke emner der typisk tages op i samtalerne.

tering mod de kognitive og løsningsfokuserede behandlingstilgange. Fordelingerne viser dog også, at der er en betydelig gruppe af brugere, for hvem behandlingen hverken fokuserer på årsagerne til misbruget eller på at forebygge tilbagefald, hvilket særligt gælder for brugere, der modtager en lav behandlingsintensitet.

Ser vi på, i hvor høj grad behandlingen fokuserer på årsagerne til misbruget i forhold til behandlingsintensiteten, viser tabel 7.16, at hovedparten af brugerne, der modtager ad hoc-samtaler slet ikke eller i mindre grad oplever, at behandlingen fokuserer på årsagerne til misbruget. Også blandt brugerne i ambulant behandling er det en betydelig andel af brugerne, der ikke oplever, at behandlingen fokuserer på årsagerne til misbruget. Derimod oplever over halvdelen af brugerne i døgnbehandling, at behandlingen i høj grad fokuserer på årsagerne til misbruget.

TABEL 7.16

Brugerne fordelt efter deres angivelse af, i hvor høj grad behandlingen fokuserer på årsagerne til misbruget fordelt på behandlingsintensitet. Procent og antal.

	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I alt procent	I alt antal
Ad hoc	59	18	16	8	100	427
Ambulant	41	19	19	21	100	393
Dag	22	16	28	34	100	68
Døgn	17	12	17	54	100	94
I alt	45	18	18	20	100	982

Anm.: $\chi^2 = 147$, $p = 0,000$, Gamma = 0,439, $p = 0,000$.

Kilde: Bruger-surveyen.

Brugerne er som nævnt også blevet spurgt om, i hvor høj grad behandlingen fokuserer på tilbagefaldsforebyggelse. Dette spørgsmål er som udgangspunkt rettet mod at belyse, hvorvidt behandlingen fokuserer på misbrugets konsekvenser, men ordlyden omkring at forebygge tilbagefald er anvendt, da det er mere konkret for brugerne at forholde sig til.

Der er en højere andel af brugerne, der angiver, at behandlingen fokuserer på tilbagefaldsforebyggelse end på årsagerne til misbruget. Også når det gælder et fokus på tilbagefaldsforebyggelse, er der imidlertid samme klare sammenhæng med behandlingsintensiteten som for

spørgsmålet om, hvorvidt der fokuseres på årsagerne til misbruget. En betydelig del af brugerne, der modtager ad hoc-samtaler, og brugerne i ambulant behandling oplever ikke, at behandlingen fokuserer på tilbagefaldsforebyggelse, mens hovedparten af brugerne i både dag- og døgnbehandling omvendt oplever, at det i høj grad er tilfældet.

TABEL 7.17

Brugerne fordelt efter, i hvor høj grad behandlingen fokuserer på tilbagefaldsforebyggelse, særskilt for behandlingsintensitet. Procent og antal.

	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I alt procent	I alt antal
Ad hoc	37	18	27	18	100	427
Ambulant	24	12	22	42	100	392
Dag	12	6	15	68	100	68
Døgn	9	9	19	64	100	92
I alt	27	14	24	35	100	979

Anm.: $\chi^2 = 131$, $p = 0,000$, Gamma = 0,428, $p = 0,000$.

Kilde: Bruger-surveyen.

Ser vi på sammenhængen mellem, om behandlingen fokuserer på årsager til misbruget og tilbagefaldsforebyggelse, viser det sig, at der er en positiv sammenhæng på den måde, at for de brugere, hvor behandlingen ikke fokuserer på årsagerne til misbruget, fokuseres der som oftest heller ikke på tilbagefaldsforebyggelse, mens omvendt for de brugere, hvor der i høj grad fokuseres på årsagerne, fokuseres der som oftest også på tilbagefaldsforebyggelse. Det understreger, at hvorvidt der i behandlingen er et fokus på disse aspekter, hænger først og fremmest sammen med behandlingsintensiteten, samtidig med at resultaterne kan indikere, at et meto-disk fokus i forhold til enten et ætiologisk (årsagsorienteret) fokus eller et konsekvensorienteret fokus ikke fremtræder klart.

TABEL 7.18

Brugerne fordelt efter, i hvor høj grad deres behandling fokuserer på tilbagefaldsforebyggelse (søjler), fordelt efter i hvor høj grad behandlingen fokuserer på årsagerne til misbruget (rækker). Procent og antal.

	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I alt procent	I alt antal
Slet ikke	48	12	20	20	100	439
I mindre grad	16	33	23	28	100	169
I nogen grad	13	12	43	32	100	173
I høj grad	3	4	15	78	100	190
I alt	28	14	24	35	100	971

Anm.: $\chi^2 = 364$, $p = 0,000$, Gamma = 0,571, $p = 0,000$.

Kilde: Bruger-surveyen.

OPSUMMERING

Undersøgelsen af den metodiske orientering i behandlingen viser, at der er bestemte terapeutiske retninger, der er mere udbredte end andre på behandlingsstederne. Det er den kognitive tilgang, der af behandlingsstederne angives at være mest udbredt på behandlingsstederne. Derefter følger den socialpædagogiske, den løsningsfokuserede og den systemiske tilgang. Her understøtter resultaterne af den internationale effektforskning generelt, at der er en positiv effekt af kognitiv adfærdsterapi. Samtidig giver behandlingsstederne dog i de kvalitative interview udtryk for en udbredt grad af metodisk pluralitet, hvor orienteringer i behandlingen kan være præget af både behandlernes individuelle kompetencer og erfaringer og af et ønske fra behandlingsstedernes side om at kunne bringe forskellige metoder i spil i forhold til brugernes individuelle behov.

Der er en tydelig sammenhæng mellem behandlingsintensiteten og brugernes opfattelse af, hvorvidt behandlingen fokuserer på henholdsvis misbrugets årsager og tilbagefaldsforebyggelse. Her er der en klar tendens til, at brugere, der modtager behandling af en lav intensitet, i højere grad oplever, at behandlingen hverken fokuserer på misbrugets årsager eller på at forebygge tilbagefald.

I forhold til behandlingsmålsætningerne og vægtningen mellem målsætning om stoffrihed eller stabilisering på substitutionsmedicin understreger behandlingsstederne langt overvejende, at de konkrete behandlingsmålsætninger tilrettelægges i et samspil med brugernes ønsker og

behandlernes faglige vurderinger. Der er dog enkelte behandlingssteder, der giver udtryk for, at de som udgangspunkt vægter, at der sigtes mod stoffrihed frem for substitutionsbehandling.

Behandlingssteds-surveyen viser imidlertid samtidig en tydelig differentiering mellem behandlingsstederne i forhold til en orientering mod henholdsvis stoffrihed eller skadesreduktion, herunder i forhold til en række udsagn om opfattelsen af stofmisbrugets karakter. Ikke overraskende er en orientering mod stoffrihed særligt udbredt på døgnbehandlingsstederne, som typisk sigter mod at opnå stoffrihed. Særligt tydeligt er det også, at en orientering mod skadesreduktion er udbredt på de ambulante behandlingssteder og navnlig på de store behandlingssteder.

Det er særligt karakteristisk, at orienteringen mod skadesreduktion hænger sammen med institutionelle karakteristika, herunder navnlig bruger-behandler-ratioen og fordelingen på behandlingsintensitet. Der er således en tendens til, at orienteringen mod skadesreduktion er mere udbredt på behandlingssteder med en relativt høj bruger-behandlerratio, og på behandlingssteder, hvor en forholdsvis høj andel af brugerne modtager en lav behandlingsintensitet.

Sammenholder vi behandlingssteds-surveyens oplysninger med den viden, bruger-surveyen giver om brugernes aktuelle behandlingsmålsætninger og brugernes ønsker til behandlingsmålsætningerne, er det karakteristisk, at ca. en femtedel af brugerne giver udtryk for et ønske om stoffrihed, mens stoffrihed ikke er en aktuel målsætning i behandlingen for disse brugere. Der er omvendt stort set ingen brugere, der giver udtryk for, at stoffrihed er et formål med behandlingen, men at stoffrihed ikke er et ønske fra brugerens side. Endvidere er der også en del af de brugere, der ved behandlingens start ikke ønskede stoffrihed, men derimod nedtrapning eller stabilisering, som i dag giver udtryk for at være stoffri, eller at stoffrihed er en del af deres behandlingsmålsætning. Det er udtryk for, at der undervejs i behandlingsprocessen kan ske forandringer i behandlingsmålsætningerne, og at målsætningerne også fastlægges set i forhold til brugernes aktuelle situation.

BEHANDLINGSSAMTALER OG BEHANDLINGSKONTAKT

I dette kapitel vil vi se nærmere på omfanget og indholdet af behandlingssamtalerne og på, hvad der kendetegner brugernes interaktion med behandlingssystemet i det daglige. Vi ser på, hvor hyppigt brugerne deltager i behandlingssamtaler, hvad samtalerne handler om, og hvordan kontakten mellem brugere og behandlere er organiseret på behandlingsstederne. Vi ser også på, hvilke strategier og praktikker der er kendetegnende for kontakten mellem behandler og bruger.

BEHANDLINGSSAMTALERNES OMFANG

I kapitel 5 belyste vi, hvilke intensiteter af sociale behandlingsindsatser brugerne modtager i form af døgnbehandling, dagbehandling, ambulant behandling, gruppebehandling, psykologsamtaler og samtaler med andet personale. I dette kapitel vil vi se nærmere på omfanget og karakteren af brugernes behandlingssamtaler.

Vi har spurgt brugerne om, hvor ofte de har haft samtaler med deres kontaktperson/behandler inden for de sidste 2 måneder. Her har vi ikke sondret mellem, om der er tale om en misbrugskonsulent, anden behandler, psykolog eller lignende, men har spurgt til samtaler med kontaktperson/behandler under ét.

TABEL 8.1

Brugerne fordelt efter antallet af samtaler, de har haft med deres kontaktperson/behandler de seneste 2 måneder. Procent og antal.

Antal samtaler	Procent	Antal
0	24	241
1	16	162
2-4	34	345
5-	26	259
I alt	100	1.007

Kilde: Bruger-surveyen.

Som det ses af tabel 8.1, er der en del af brugerne, 24 pct., der ikke har haft samtaler med deres kontaktperson inden for de seneste 2 måneder, og 16 pct. angiver at have haft én samtale. Det er således en stor andel af brugerne, der har haft meget få samtaler med deres kontaktperson gennem de seneste 2 måneder før interviewet.

Der er en tydelig tendens til, at det er brugerne, der modtager ad hoc-samtaler, der har de korteste samtaler, idet 62 pct. i denne gruppe angiver, at deres samtaler typisk varer mindre end en halv time (tabel 8.2). Blandt brugerne i ambulant behandling er det 38 pct., der har samtaler af mindre end en halv times varighed, mens 42 pct. har samtaler af over en times varighed.

TABEL 8.2

Brugerne fordelt efter varigheden af deres samtaler, særskilt for behandlingsintensitet. Procent og antal.

Behandlings-intensitet	0-20 min.	21-30 min.	31-59 min.	60- min.	I alt procent	I alt antal
Ad hoc	31	31	12	26	100	334
Ambulant	16	22	20	42	100	379
Dag	16	36	11	38	100	64
Døgn	19	23	13	46	100	88
I alt	22	27	15	36	100	865

Anm.: $\chi^2 = 51$, $p = 0,000$, Gamma 0,233, $p = 0,000$.

Kilde: Bruger-surveyen.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at ikke alle brugerne nødvendigvis ønsker en høj behandlingsintensitet i form af mange eller længerevarende samtaler. Vi har således spurgt til, om mængden af samtaler opleves at

være tilpas, eller om der er for mange eller for få samtaler. Flertallet af brugerne, 73 pct., synes, at mængden af behandlingssamtaler er tilpas, mens 25 pct. af brugerne oplever at få for få samtaler. Der er næsten ingen, der synes, at de får for mange samtaler.

TABEL 8.3

Brugerne fordelt efter, om de synes, at mængden af samtaler er tilpas, særskilt for antal samtaler. Procent og antal,

Antal samtaler	For mange samtaler	Tilpas	For få samtaler	I alt procent	I alt antal
0	1	55	44	100	140
1	3	63	35	100	156
2-4	1	77	23	100	336
5-	2	86	13	100	255
I alt	2	73	25	100	887

Anm.: $\chi^2 = 61$, $p = 0,000$.

Kilde: Bruger-surveyen.

Det er særligt brugere, der ikke modtager nogen samtaler, eller som modtager samtaler forholdsvist sjældent, der synes, at de modtager for få samtaler. 33 pct. af brugerne i ad hoc-gruppen mener, at de får for få samtaler, og ligeledes gælder det 44 pct. af de, som i de sidste 2 måneder ikke har modtaget nogen samtaler. Det bør bemærkes, at 65 pct. af brugerne i ad hoc-gruppen finder antallet af samtaler tilpas. Det understreger, at der er en betydelig del af brugerne, der modtager en lav behandlingsintensitet, der ikke giver udtryk for, at de ønsker flere samtaler.

Endelig kan det bemærkes, at hele 33 pct. af brugerne i døgnbehandling oplever, at de har for få samtaler med deres kontaktperson. Her kan der dog være tale om, at brugerne særligt opfatter kontaktpersonen som fx den misbrugskonsulent, som de har kontakt med på det kommunale/lokale misbrugscenter, og tallet kan således være udtryk for, at en del brugere ønsker mere kontakt med deres misbrugskonsulent under døgnbehandlingsforløbet.

TABEL 8.4

Brugerne fordelt efter, om de synes, at mængden af samtaler er tilpas, særskilt for behandlingsintensitet. Procent og antal.

Behandlings- intensitet	For mange samtaler	Tilpas	For få samtaler	I alt procent	I alt antal
Ad hoc	2	65	33	100	349
Ambulant	1	81	18	100	389
Dag	2	82	17	100	66
Døgn	1	66	33	100	89
I alt	2	73	25	100	893

Anm.: $\chi^2 = 29$, $p = 0,000$.

Kilde: Bruger-surveyen.

KONTINUITET I BEHANDLINGSKONTAKTEN

Behandlingslederne fremhæver ofte, at det er vigtigt at opbygge en god relation til brugeren. Det er imidlertid også erfaringen på en del behandlingssteder, at der er en del personaleudskiftning. Vi har i bruger-surveyen spurgt brugerne, hvorvidt de har oplevet at have mange skiftende kontaktpersoner. Det svarer 35 pct. af brugerne bekræftende på, og blandt brugere på 45 år og derover er det 43 pct., der har oplevet mange skiftende kontaktpersoner. Andelen, der har oplevet mange forskellige kontaktpersoner, er højest i gruppen, der modtager ad hoc-tydelser med 45 pct. I gruppen, der modtager ambulant behandling (mere end hver 14. dag), er andelen 30 pct.

Brugerne oplever generelt de mange skiftende kontaktpersoner som et problem. 60 pct. af de brugere, der har oplevet skiftende kontaktpersoner, oplever i høj grad dette som et problem. Denne andel er højest blandt dem, der også tidligere har været i stofmisbrugsbehandling, med 64 pct.

TABEL 8.5

Brugerne fordelt efter, om de har oplevet skiftende kontaktpersoner, særskilt for behandlingsintensitet. Procent og antal.

Behandlings- intensitet	Har ikke oplevet mange skiftende kontaktpersoner	Har oplevet mange forskellige kontaktpersoner	I alt procent	I alt antal
Ad hoc	56	45	100	440
Ambulant	70	30	100	403
Dag	81	19	100	68
Døgn	77	23	100	96
I alt	65	35	100	1.007

Anm.: $\chi^2 = 35$, $p = 0,000$.

Kilde: Bruger-surveyen.

TABEL 8.6

Brugerne fordelt efter deres vurdering af, i hvor høj grad de skiftende behandlere er et problem, fordelt efter om brugeren tidligere har været i stofmisbrugsbehandling. Procent og antal.

Tidligere behandling	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I alt procent	I alt antal
Har ikke tidligere været i stofmis- brugsbehandling	18	10	20	53	100	120
Har tidligere været i stofmis- brugsbehandling	12	3	21	64	100	230
I alt	14	5	21	60	100	350

Anm.: Gamma = 0,234, $p = 0,016$.

Kilde: Bruger-surveyen.

BEHANDLINGSSAMTALERNES INDHOLD

I kapitel 7 så vi, at en stor del af behandlingsinstitutionerne bekender sig til forskellige terapeutiske orienteringer i behandlingen, hvor den kognitive, den socialpædagogiske, den løsningsfokuserede og den systemiske metode er de mest udbredte retninger på behandlingsstederne. Ser vi på det forhold, at en ret betydelig del af brugerne får behandlingssamtaler forholdsvis sjældent, og at behandlingssamtalerne for en stor dels vedkommende er ret korte, kan der stilles spørgsmål ved, hvorvidt samtaler-

ne for en del af brugernes vedkommende rent faktisk giver mulighed for at arbejde ud fra disse terapeutiske orienteringer.

Sammenholder vi hyppigheden og længden af samtalerne med spørgsmålene fra kapitel 7 om, hvorvidt samtalerne berører årsagerne til brugernes misbrug, og om samtalerne lægger vægt på tilbagefaldsforebyggelse, ser vi en meget tydelig tendens til, at der for hovedparten af de brugere, der har korte behandlingssamtaler, ikke fokuseres på årsagerne til misbruget, mens det i højere grad er tilfældet for brugere med længerevarende behandlingssamtaler. Også i en del af de længerevarende behandlingssamtaler fokuseres der dog ikke på årsagerne til misbruget, hvilket formentlig afspejler den generelle orientering mod kognitive og løsningsfokuserede tilgange frem for eksempelvis en psykodynamisk tilgang.

TABEL 8.7

Brugerne fordelt efter, i hvor høj grad, de vurderer, at behandlingen fokuserer på årsagerne til misbruget, særskilt for længden af behandlingssamtalerne. Procent og antal.

	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I alt procent	I alt antal
0-20 min.	58	15	13	14	100	188
21-30 min.	51	17	18	14	100	225
31-59 min.	39	18	25	19	100	129
60- min.	31	18	19	32	100	308
I alt	44	17	18	21	100	850

Anm.: $\chi^2 = 56$, $p = 0,000$, Gamma = 0,282, $p = 0,000$.

Kilde: Bruger-surveyen.

Også i forhold til fokus på tilbagefaldsforebyggelse er der en sammenhæng med længden af behandlingssamtalerne, idet der i højere grad fokuseres på tilbagefaldsforebyggelse i de længerevarende samtaler.

TABEL 8.8

Brugerne fordelt efter deres vurdering af, i hvor høj grad behandlingen fokuserer på tilbagefaldsforebyggelse, særskilt for behandlingsintensitet. Procent og antal.

	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I alt procent	I alt antal
0-20 min.	33	19	22	26	100	188
21-30 min.	27	17	22	34	100	223
31-59 min.	30	10	28	33	100	131
60- min.	16	11	23	51	100	302
I alt	25	14	23	38	100	844

Anm.: $\chi^2 = 50$, $p = 0,000$, Gamma = 0,252, $p = 0,000$.

Kilde: Bruger-surveyen.

Vi har endvidere spurgt til, hvilke emner der typisk berøres i behandlingssamtalerne. For langt de fleste brugeres vedkommende drejer behandlingssamtalerne sig både om misbruget og om øvrige personlige problemer. For mange af brugernes vedkommende handler samtalerne også om konkrete problemer i brugernes hverdag, som fx økonomi, bolig og helbred.

TABEL 8.9

Brugerne fordelt efter indholdet af deres samtaler med kontaktperson eller behandler. Procent og antal.

Møder omhandler	Ja	Nej	Ved ikke	I alt procent	I alt antal
Brugerens personlige problemer	80	18	2	100	908
Misbrug eller sidemisbrug	78	21	1	100	909
Hvordan det går med behandlingen	82	16	1	100	906
Ændringer i behandlingen	72	29	1	100	906
Andre konkrete ting brugeren har brug for hjælp til, fx økonomi, bolig, helbred mv.	69	29	1	100	908

Anm.: Møder kan handle om flere emner, og procenterne summer derfor ikke til 100. Brugere, som har svaret, at de ingen erfaring har med samtaler overhovedet, er ikke blevet stillet disse spørgsmål.

Kilde: Bruger-surveyen.

Vi har også belyst indholdet af behandlingssamtalerne i journalundersøgelsen ud fra de journalførte oplysninger om samtalerne. Tabel 8.10 vi-

ser, i hvor høj grad der er journal ført samtaler om en række forskellige emner.

TABEL 8.10

Journalførte optegnelser over, hvad brugeren taler med behandleren om. Antal og procent.

Bruger har talt med behandler om:	Antal	Procent
Behandling (muligheder, indhold, form, ønsker)	299	64
Medicinsk behandling	246	52
Psykiske problemer	198	42
Sociale problemer	192	41
Årsagen til stofmisbrug	187	40
Somatiske problemer	186	40
Holdning til stoffer	167	36
Uddannelse/beskæftigelse	164	35
Socialt netværk	163	35
Handleplan	136	29
Boligproblemer	125	27
Regninger	102	20
Indtægtsforhold	96	22
Andre temaer	80	17

Anm.: Brugerne kan have talt om flere temaer ved deres kontakt med behandlerne, hvorfor procenttal ikke summer til 100 pct.

Kilde: Journalundersøgelsen.

Ifølge journalerne er der flest brugere, der taler med behandleren om deres behandling, dvs. brugerens behandlingsform, muligheder eller ønsker i forhold til brugerens nuværende og fremtidige behandling. 64 pct. har talt med en behandler (eller flere) om deres behandlingsmuligheder i løbet af det sidste halve år. Det kan eksempelvis være samtaler om, hvorvidt den behandling, brugeren modtager aktuelt, er den mest hensigtsmæssige. Det betyder omvendt, at der er 36 pct., som ifølge deres journaler på behandlingsstedet *ikke* har talt med en læge, behandler eller anden person i behandlingssystemet om deres behandlingsmuligheder i en halvårsperiode.

Herefter er der flest kontakter, der berører den medicinske behandling (52 pct.), dvs. samtaler om ordinationer, bivirkninger, dosis, medicinskift og lignende. 38 pct. af de substitutionsmedicinerede brugere har ikke diskuteret deres medicinske behandling inden for en halvårsperiode. Ifølge behandlingsstedernes journalnotater er der ved disse brugere ingen bemærkninger om, hvorvidt brugeren er blevet spurgt om bi-

virksomheder, andre medicinske ønsker, ønsker om nedtrapning eller lignende.

Det skal bemærkes, at en snak om den medicinske behandling og behandlingsmuligheder kan være sammenfaldende. Hvis formen, mulighederne og brugernes ønske i forhold til medicinsk behandling har været diskuteret, så er det registreret, at man har talt med brugeren om både den medicinske behandling og behandlingsmuligheder.

Næsteften den medicinske behandling er det de psykiske problemer (42 pct.), de sociale problemer (41 pct.) og de somatiske problemer (40 pct.), der bliver berørt i samtalerne. Samtale om psykiske problemer kan eksempelvis være samtaler om angst, krigstraumer, depression, reaktioner på overgreb osv. Det kan både være samtaler om, at problemerne er der (en konstatering, fx i forbindelse med udredning), og samtaler, som forsøger at gøre noget ved problemerne (fx terapi). Sociale problemer vedrører problemer med social adfærd og sociale relationer, hvorimod somatiske problemer handler om helbredsrelaterede problemer inkl. problemer med tænder.

Årsagen/baggrunden for misbrugerens (fortsatte) stofbrug, fx samtaler om selve afhængigheden og tilgrundliggende problemstillinger, har 40 pct. af brugerne talt med en behandler om ifølge journalerne. Endvidere er brugerens holdning til stoffer, fx fordele og ulemper ved stofferne, nydelse og nødvendigheden af stofferne, blevet berørt i 36 pct. af journalerne. Forhold angående socialt netværk drøftes i 35 pct. af journalerne. Det er eksempelvis samtaler om tilfredshed eller manglende tilfredshed med netværket og /eller problemer med ensomhed. Temaet problemer med socialt netværk og sociale problemer, herunder social adfærd, er i nogen udstrækning overlappende. Hvis der fx i en samtale har været berørt problemer med ensomhed som følge af problemer med social adfærd, er det noteret, at begge temaer er berørt i kontakten med brugeren.

Uddannelse og beskæftigelse er et tema, som har været behandlet i omkring en tredjedel af journalerne (35 pct.), dvs. både samtaler om muligheder, planer og ønsker for nuværende såvel som fremtidig uddannelse eller beskæftigelsesplaner. Der er talt om handleplaner med 29 pct. af brugerne; dvs. behandler og bruger har drøftet fx oprettelse af handleplaner, formålet med disse (se videre herom i efterfølgende afsnit), boligproblemer er berørt for 27 pct. af brugerne, fx problemer med at betale husleje, klager fra naboen, hjemløshed, behov for handicapvenlig bolig

osv. Indtægtsforhold berøres hos 22 pct., fx muligheder for at få førtidspension, kontanthjælp og samtaler omkring brugernes regninger inkl. problemer med at betale dem (20 pct.). Hos 17 pct. er der også talt om andre områder ud over de nævnte, fx oplevelsen og udøvelsen af vold, forældrerollen osv.

TABEL 8.11

Journalførte optegnelser over, hvad klienten og behandlerne taler om ved deres møder, særskilt for stoftype

Bruger har talt med behandler om:	Ikke-opiat- misbrugere, procent	Opiat- misbrugere, procent	I alt, procent
Behandling (muligheder, indhold, form)	86	55	64
Medicinsk behandling	30	61	52
Psykiske problemer	73	30	42
Sociale problemer	71	29	41
Årsagen til stofmisbrug	79	25	40
Holdning til stoffer	70	22	36
Somatiske problemer	40	39	39
Socialt netværk	48	30	35
Uddannelse/beskæftigelse	67	23	35
Handleplan	53	20	29
Boligproblemer	38	22	27
Indtægtsforhold	40	15	22
Regninger	29	17	20
Andre temaer	12	19	17

Anm.: Fordelt på stoftype er forskellen mellem ikke-opiat-misbrugere og opiat-misbrugere ved alle temaer signifikante ($p = 0,000-0,003$) undtagen ved temaerne: 'somatiske problemer' samt 'andre temaer'.

Kilde: Journalundersøgelsen

Vi har endvidere undersøgt samtalerne indhold i forhold til brugernes stoftype. Her viser det sig, at det i højere grad er brugere af andre stoffer end opiater, som taler med deres behandler om de førnævnte temaer på nær den medicinske behandling, hvor det i højere grad er opiat-misbrugerne, som taler med deres behandler om dette. Hvad angår samtale om somatiske problemer, samt 'andre temaer', ses der dog ingen forskel på opiat-misbrugere og ikke-opiat-misbrugere på sandsynligheden for, at de har talt med behandlere om disse temaer. Særlig markant er det, at en væsentlig lavere andel af opiat-misbrugerne ifølge journalføringen har talt med behandlerne om deres psykiske og sociale problemer, årsager til misbruget og deres handleplaner. Der er også en lavere andel af

opiat-misbrugerne, der har talt om holdningen til stoffer, hvor det dog skal tages i betragtning, at langt hovedparten af opiat-misbrugerne er i langvarig substitutionsbehandling.

STRATEGIER, PRAKSIS OG TILGÆNGELIGHED

Hver fjerde af alle brugere i stofmisbrugsbehandling mener, at vedkommende får for få samtaler. Blandt ad hoc-brugerne er det hver tredje bruger, der ønsker sig flere samtaler. Det skal understreges, at vi i undersøgelsens forløb ikke har mødt behandlere eller behandlingssteder, som nægter brugere samtaler eller sætter bestemte, formelle begrænsninger for antal samtaler, fx i form af en regel om maksimum to samtaler om måneden. Når der alligevel er brugere, som ikke får de samtaler, de ønsker, så kan det hænge sammen med, at tilgængelighed i forhold til den mest ressourcetsvage del af stofmisbrugspopulationen er en vedblivende udfordring.

For de ressourcetsvage brugere må man skelne mellem formel tilgængelighed og praktisk tilgængelighed. På nogle behandlingssteder skal brugere bestille tid til en behandlingssamtale i en reception. Brugeren får måske et kort, hvorpå tiden er noteret og skal så møde op den rigtige dag og på det rigtige tidspunkt. Formelt er behandlerne tilgængelige for alle de samtaler, som brugeren bestiller og møder op til. I praksis kan behandlerne dog synes svært tilgængelige for de brugere, som har svært ved at bruge dette system. Brugere kan for det første have svært ved at tage initiativ til behandlingssamtaler. En bruger fortæller eksempelvis, at han gerne vil trappe sin metadondosis ned, men hans eneste kontakt til behandlingssystemet er i forbindelse med metadonudleveringen, og på det tidspunkt har han ofte abstinenser, og andre brugere skal til, så han får ikke snakket med nogen om det:

Når du kommer her om morgenen, så er du altså småsløj, har det skidt, vil bare have din metadon og hjem igen. Så derfor vil du ikke ind og sidde og snakke med lægen ... Og det er jo rent faktisk det tidspunkt, du skal gøre det på ... Folk, de nærmest står og banker [på døren til metadonudleveringen] ... ”Skynd dig nu lidt.” Og: ”Hold kæft mand, nu har jeg siddet her i 5 minutter

og ventet.” ... Hvis de [behandlerne] kom og prikkede mig på skulderen og sagde: ”Hey, hvordan så? Har du lyst til noget? Har du nogen tanker i hovedet?” ... Jeg går rent faktisk med nogen tanker i hovedet [om nedtrapning og stoffrihed], men jeg får ikke gjort noget ved dem, da der ikke er nogen, der ligesom kommer til mig (Andersen & Järvinen, 2009: 51-52).

Brugeren fortæller, at han ikke får gjort noget ved sine tanker om nedtrapning og stoffrihed, fordi ingen behandlere opsøger ham. På det behandlingssted, han er tilknyttet, findes en skranke, hvor han kan bestille tid til en samtale, men han får det ikke gjort. En del af behandlerne er godt klar over, at denne måde at tilrettelægge behandlingskontakten på, ikke er hensigtsmæssig i forhold til alle brugere. En behandler på et ambulant, kommunalt behandlingssted siger fx:

[Brugerne] har i virkeligheden en høj grad af ansvarlighed for deres egen behandling. De er jo nødt til at komme og sige til os, hvis de ønsker, der skal ske nogen som helst ændringer, fordi ellers så sker der ikke nødvendigvis noget. Så de skal helst være i stand til at sige til. Og det er selvfølgelig ikke dem alle, der er det. (ibid.: 49).

Denne behandler arbejder på et behandlingssted, hvor det primært er brugerne, der skal tage initiativ til samtaler. Sådan er det ikke på alle behandlingssteder. I behandlingsstedssurveyen er behandlingslederne blevet spurgt om, hvem der tager initiativ til behandlingssamtaler på deres behandlingssted. Spørgsmålet lyder: ”En behandlingssamtale kan finde sted, fordi behandleren uopfordret har henvendt sig til brugeren og tilbudt/indledt en samtale. Den kan også finde sted, fordi brugeren har bedt om en samtale. Hvad vil du vurdere, er tilfældet på jeres behandlingssted?”. Svarfordelingen fremgår af tabel 8.12.

På godt halvdelen af behandlingsstederne er det lige ofte behandlere og brugere, som tager initiativ til behandlingssamtaler, mens det på knap hvert tredje behandlingssted oftest er behandleren, som uopfordret kontakter brugere og indleder/tilbyder en behandlingssamtale. Undersøgelsen af opiat-misbrugere i København (Andersen & Järvinen, 2009) har vist, at de fleste brugere ønsker opsøgende behandlere. En bruger i substitutionsbehandling siger fx:

Som narkoman skal der være nogen, der har hånd i hanke med én, fordi ellers lader man bare stå til ... Så det er rart, at der er en behandler eller en sygeplejerske eller et eller andet, der lige tager fat i én og siger: ”Du er sgu god nok, lad mig lige hjælpe dig lidt op.” (Andersen & Järvinen, 2009: 50-51).

TABEL 8.12

Behandlingslederens vurdering af, hvem der tager initiativ til behandlingssamtaler. Antal og procent.

	Antal	Procent
Det er altid eller næsten altid behandlerne, som uopfordret kontakter brugerne og indleder/tilbyder en behandlingssamtale	6	6
Det er oftest behandlerne, som uopfordret kontakter brugerne og indleder/tilbyder en behandlingssamtale	32	29
Det er lige ofte behandlere og brugere, som tager initiativ til en behandlingssamtale	59	54
Det er oftest brugere, som tager kontakt til behandlere og beder om en samtale	4	4
Det er altid eller næsten altid brugere, som tager kontakt til behandlere og beder om en samtale	6	6
Ved ikke	2	2
I alt	109	100

Kilde: Behandlingssteds-surveyen.

Brugeren fortæller, at det er rart, at behandlerne selv tager kontakt til hende, da man ellers som ’narkoman’ lader stå til. I det kvalitative interviewmateriale fortæller brugere, at det opleves positivt, når der er mulighed for, at et socialt miljø kan opstå, og når der er fælles aktiviteter som fx morgenmad, og når det er muligt at komme til at snakke med behandlere uden at der på forhånd er aftalt en samtale. Flere brugere giver udtryk for, at det opleves positivt, når der er et værested eller en café tilknyttet behandlingsstedet, mens det omvendt kan opleves ’koldt’, når der blot foregår en udlevering af metadon, og når samtalerne med behandlerne blot foregår bag lukkede døre.

Brugerne kan også have svært ved at møde op rettidigt til deres samtaler, når de har fået en aftale om en behandlingssamtale. Tidligere forskning har peget på, at udeblivelser på 25 pct. er almindeligt blandt stofmisbrugere (Pedersen & Nielsen, 2007). I behandlingssteds-surveyen er behandlingslederne blevet spurgt, hvor stor en andel af deres brugere,

der hyppigt udebliver fra behandlingsaftaler. Svarene fremgår af tabel 8.13.

TABEL 8.13

Behandlingsledernes vurdering af andelen af brugere, der hyppigt udebliver fra behandlingsaftaler. Antal og procent af behandlingssteder.

Andel brugere	Antal behandlingssteder	Procent af behandlingssteder
0-9pct.	20	19
10-19pct.	23	22
20-29pct.	20	19
30-39pct.	9	9
40-49pct.	6	6
50-59pct.	5	5
60-69pct.	5	5
70-79pct.	1	1
Ved ikke	15	14
Total	104	100

Anm.: Behandlingssteds-surveyen.

Behandlingslederne bekræfter, at en del brugere hyppigt udebliver på de fleste behandlingssteder. Der er således kun 19 pct. af behandlingslederne, der vurderer, at gruppen af brugere, som hyppigt udebliver, er på under 10 pct.

Udeblivelser fra behandlingsaftaler er et særligt problem, hvis det er den primære form for behandlingskontakt, der tilbydes på et behandlingssted. Hvis brugerens kontakt med behandlerne overvejende er i form af spontane samtaler på et værested, når brugeren kigger forbi, eller i forbindelse med at brugeren får udleveret medicin, så er udeblivelser fra behandlingsaftaler ikke lige så afgørende for behandlingskontakten. Men hvis aftalte behandlingssamtaler er den eneste form for kontakt, brugeren kan få, så betyder udeblivelser, at der ikke er nogen kontakt med behandleren. Behandlingslederne er i behandlingssted-surveyen blevet stillet spørgsmålet: ”En behandlingssamtale mellem bruger og behandler kan foregå på et aftalt tidspunkt eller uden en forudgående aftale. Hvordan vil du vurdere, at behandlingssamtalerne foregår på jeres behandlingssted?” Svarene fremgår af tabel 8.14.

TABEL 8.14

Behandlingslederne fordelt efter deres vurdering af tilrettelæggelsen af behandlingssamtaler. Antal og procent.

	Antal	Procent
Behandlingssamtaler foregår altid eller næsten altid på et aftalt tidspunkt	33	30
Behandlingssamtaler foregår oftest på et aftalt tidspunkt	44	40
Behandlingssamtaler foregår lige ofte på et aftalt tidspunkt og uden forudgående aftale	26	24
Behandlingssamtaler foregår oftest uden forudgående aftale	4	4
Behandlingssamtaler foregår altid eller næsten altid uden forudgående aftale	1	1
Ved ikke	1	1
I alt	109	100

Kilde: Behandlingssteds-surveyen.

På 7 ud af 10 behandlingssteder foregår behandlingssamtaler altid eller oftest på et aftalt tidspunkt, dvs. at brugere på disse behandlingssteder skal være i stand til at indgå og huske aftaler samt møde op.

Ofte er der særlige krav til, at brugerne skal møde op i samtaleforløb, hvis de ønsker døgnbehandling. En behandler fortæller fx, at en af hans brugere ønsker døgnbehandling, men ikke kan få det, fordi han ikke møder op til samtalerne i afklaringsforløbet:

Jeg kan ikke bare sende ham i døgn, når jeg ikke har talt med ham. Og det kan jeg ikke af flere grunde. Der var ting, der skulle afklares inden i forhold til, om han har ADHD. Vi skulle have afklaret en diagnose. Der er også noget økonomi, og der er også ... og hvor han er henne? Altså, det kan vi jo ikke. Så der er et vist ansvar for brugeren om at tage del i egen behandling. Vi kan jo ikke behandle nogen, som ikke giver noget eller møder op.

Brugere, der ikke møder op, kan i dette tilfælde ikke få behandling. En sådan praksis finder en del brugere urimelig. En bruger i substitutionsbehandling fortæller:

De må jo regne med, at vi er de mennesker, vi er, og vi kan ikke møde op til alle de der samtaler. Hvis vi laver [aftaler om] fem samtaler, så kommer vi, hvis de er heldige, til de tre, måske kun til de to, og så skal man begynde helt forfra i det der [samta-

le[forløb]. Én gang til og én gang til, og til sidst er det bare nederlag på nederlag på nederlag, og så gider man ikke. Så holder man op. Det er egentlig meget enkelt.

Brugeren i eksemplet ovenfor har opgivet at komme i døgnbehandling, fordi samtaleforløbene op til døgnbehandling stiller krav, han ikke kan honorere.

Der kan imidlertid være mange forskellige årsager til, at nogle misbrugere kan have svært ved at tage initiativ til behandlingssamtaler samt indgå og holde aftaler i længere forløb. Af sådanne årsager kan nævnes både psykiske, sociale og fysiske problemer, kriminalitetsrelaterede problematikker fx i form af gæld i stofmisbrugsmiljøet i forbindelse med finansiering af misbrug/sidemisbrug (journaler, brugere og behandlere fortæller om perioder, hvor stofmisbrugerne går under jorden, fordi de skylder folk penge i misbrugsmiljøet), hjemløshed, vold og voldtægt i misbrugsmiljøet, tvangsfjernelser af børn m.m. Alle brugere har naturligvis ikke alle de nævnte problemer hele tiden, men en stor del af brugerne har et eller flere af disse problemer inde på livet, hvilket kan gøre det svært for dem at indgå aftaler og deltage i den strukturerede behandlingskontakt. Det betyder ikke, at brugerne ikke ønsker forandring. Som det fremgår, kan man således godt ønske nedtrapning eller døgnbehandling, selvom man ikke kan finde ud af at møde op til sine aftaler.

OPSUMMERING

I dette kapitel har vi afdækket omfanget og indholdet af brugernes behandlingssamtaler. Analysen viser, at en betydelig del af brugerne modtager behandlingssamtaler forholdsvist sjældent. En fjerdedel af brugerne har ikke haft en behandlingssamtale med deres kontaktperson inden for de seneste 2 måneder, og ca. halvdelen af brugerne har typisk behandlingssamtaler af under en halv times varighed.

For den del af brugerne, der sjældent har behandlingssamtaler og har korte samtaler, må det antages, at der ikke foregår et terapeutisk arbejde i behandlingssamtalerne.

Samlet set er det 73 pct. af brugerne, der mener, at mængden af behandlingssamtaler er tilpas, mens 25 pct. mener, at de modtager for få behandlingssamtaler. Cirka halvdelen af de brugere, der ikke har modta-

get en behandlingssamtale inden for de sidste 2 måneder, mener, at den mængde af samtaler, de modtager, er tilpas. Det understreger, at langt fra alle brugere ønsker en hyppig kontakt med behandlingssystemet. Den anden halvdel af brugerne, der ikke har modtaget en samtale de sidste 2 måneder, giver derimod udtryk for, at de modtager for få samtaler.

Det kan endvidere bemærkes, at der også er en forholdsvis høj andel på 33 pct. af brugerne i døgnbehandling, der mener, at de modtager for få behandlingssamtaler.

Også kontinuiteten i at have kontakt med den samme behandler har en betydning. Her angiver ca. en tredjedel af brugerne, at de har oplevet at have mange skiftende kontaktpersoner, og hovedparten heraf oplever, at de skiftende kontaktpersoner er et problem.

Det er kendetegnende for behandlingssamtalernes indhold, at en lang række forskellige emner tages op. Emnerne bærer præg af, at kontakten med misbrugsbehandlere i høj grad også handler om brugernes øvrige sociale situation.

Journalundersøgelsen viser, at der er en markant tendens til, at behandlingssamtalerne for opiat-misbrugernes vedkommende i mindre grad omhandler de forskellige emner, der er opgjort, sammenlignet med ikke-opiat-misbrugerne. Særligt er det karakteristisk, at langt færre af opiat-misbrugerne angiver at have talt med deres behandler om deres psykiske problemer, sammenholdt med ikke-opiat-misbrugerne.

Analysen peger endvidere på, at der er en række forhold omkring tilgængelighed og tilrettelæggelsen af behandlingssamtalerne, som har en vigtig betydning for kontakten mellem brugerne og behandlere. Her kan der særligt rettes fokus mod betydningen af, at både brugere og behandlere kan tage initiativ til samtaler, at behandlere kan følge aktivt op på udeblivelser, og at behandlingsstederne generelt tilstræber en åbenhed og imødekommenhed i forhold til brugerne og den situation, brugerne aktuelt befinder sig i.

BRUGERINDDRAGELSE OG TILFREDSHED

Brugere skal inddrages i tilrettelæggelsen af behandlingsindsatsen. Servicelovens § 16 slår fast, at kommunen *skal* sørge for, at brugerne har mulighed for indflydelse på tilrettelæggelsen og udnyttelsen af behandlingstilbuddene, mens det i § 16 stk. 2 lyder, at kommunen *kan* nedsætte brugerråd.³²

Brugerinddragelse og brugerindflydelse er principper, som blev indført i socialpolitikken i forbindelse med den såkaldte lille socialreform i 1997, hvor Folketinget vedtog en række nye love på det sociale område, herunder serviceloven. Med reformen ønskede man at ændre rollerne og relationerne mellem de ansatte i den sociale sektor og modtagerne af de sociale tilbud. Frem for at være et møde mellem en umyndiggjort klient og en ekspert, som vidste, hvad der var bedst for klienten, skulle brugerne selv spille en aktiv og ansvarlig rolle. ”Borgeren opfattes nu som eksperten, både når det gælder eget liv og oplevelsen af den sociale service”, skriver Bjerge og Selmer om principperne bag den lille socialreform (Bjerge & Selmer, 2007: 9).

Overordnet kan man sige, at både politikere, behandlere og brugere er enige om, at brugerinddragelse er en god idé, men samtidig bliver det ofte fremhævet, at det kan være vanskeligt at arbejde med brugerind-

32. LBK 979 af 01/10 2008.

dragelse i praksis (fx Asmussen & Jöhncke, 2004; Grytnes, 2004; Asmussen & Kolind, 2005; Andersen, 2007; Bjerger & Selmer, 2007). Brugerinddragelse er bl.a. svært, fordi det ikke er sikkert, at bruger og behandler er enige om, hvordan behandlingen skal tilrettelægges, og der er stadig forskellige holdninger til, hvem der i sidste ende skal tage ansvaret og virke styrende.

BRUGERINDDRAGELSE

Vi har i bruger-surveyen stillet en række spørgsmål, der belyser inddragelsen af brugerne i forhold til fx valg af behandlingssted og behandlingstype. Desuden har vi i surveyen til visitatorerne spurgt til brugernes indflydelse på formålet med behandlingen og behandlingsintensiteten.

BRUGERNES OPLEVELSE AF LYDHØRHED

Spørgsmålet om brugerinddragelse er overordnet belyst i bruger-surveyen gennem et spørgsmål om, hvorvidt behandlingssystemet er lydhør over for brugernes ønsker til behandlingen. Det kan både være i forhold til valg af behandlingssted, behandlingstype og intensitet, samt behandlingssamtalernes indhold. Her er det karakteristisk, at en forholdsvis høj andel af brugerne oplever en sådan lydhørhed. 48 pct. mener således i høj grad, at der er lydhørhed over for deres ønsker, 27 pct. mener, at der i nogen grad er lydhørhed, mens kun 24 pct. af brugerne mener, at de kun i mindre grad eller slet ikke har oplevet, at der er en lydhørhed over for deres ønsker.

Oplevelsen af lydhørhed er højest blandt hashmisbrugerne, efterfulgt af brugere af centralstimulerende stoffer. Ligeledes har brugere i døgn- og dagbehandling oplevet en høj grad af lydhørhed. Oplevelsen af lydhørhed er lavest blandt dem, der modtager ad hoc-ydelser, hvor 33 pct. slet ikke eller i mindre grad oplever en lydhørhed over for deres ønsker.

TABEL 9.1

Brugerne fordelt efter deres vurdering af lydhørhed over for deres ønsker til behandlingen, særskilt for hovedmisbrugsstof. Procent og antal.

Hoved-misbrugsstof	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I alt procent	I alt antal
Opiater	10	16	28	46	100	550
Opiater med blandingsmisbrug	16	14	29	43	100	200
Centralstimulerende stoffer	9	13	26	53	100	142
Hash	3	10	20	67	100	91
I alt	10	14	27	48	100	983

Anm.: $\chi^2 = 24$, $p = 0,004$.

Kilde: Bruger-surveyen.

TABEL 9.2

Brugerne fordelt efter deres vurdering af lydhørhed over for deres ønsker til behandlingen, særskilt for behandlingsintensitet. Procent og antal.

Behandlings-intensitet	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I alt procent	I alt antal
Ad hoc	14	19	32	35	100	430
Ambulant	8	11	26	56	100	398
Dag	9	10	16	66	100	70
Døgn	7	12	19	62	100	95
I alt	10	14	27	48	100	993

Anm.: $\chi^2 = 59$, $p = 0,000$, Gamma = 0,306, $p = 0,000$.

Kilde: Bruger-surveyen.

Lydhørheden over for brugernes ønsker kan gøre sig gældende på forskellige niveauer. I visitor-surveyen peger visitatorerne på, at brugerne i højere grad har indflydelse på formålet med deres behandling, dvs. på om behandlingen sigter mod stoffrihed eller stabilisering, end på behandlingsintensiteten.

82 pct. af visitatorerne mener, at brugerne i høj grad har indflydelse på formålet med deres behandling, mens ingen af visitatorerne mener, at brugerne slet ikke har indflydelse på formålet med behandlingen.

TABEL 9.3

Visitatorerne fordelt efter deres vurdering af, i hvor høj grad brugerne har indflydelse på formålet med deres behandling. Antal og procent.

	Antal	Procent
I høj grad	62	82
I nogen grad	8	11
I mindre grad	2	3
Slet ikke	0	0
Varetager ikke selv afklaring	4	5
I alt	76	100

Kilde: Visitator-surveyen.

Færre blandt visitatorerne, 43 pct., mener, at brugerne i høj grad har indflydelse på intensiteten af deres behandling, mens 36 pct. mener, at brugerne i nogen grad har en sådan indflydelse. 15 pct. svarer, at brugerne i mindre grad har indflydelse på behandlingsintensiteten.

TABEL 9.4

Visitatorerne fordelt efter deres vurdering af, i hvor høj grad brugerne har indflydelse på intensiteten af deres behandling. Antal og procent.

	Antal	Procent
I høj grad	33	43
I nogen grad	27	36
I mindre grad	11	15
Slet ikke	0	0
Varetager ikke selv afklaring	5	6
I alt	76	100

Kilde: Visitator-surveyen.

Endelig er det også karakteristisk, at hovedparten af visitatorerne mener, at den indflydelse, brugerne har på deres behandling, er af et passende omfang, idet 79 pct. svarer, at omfanget af indflydelsen er 'tilpas'.

TABEL 9.5

Visitatorerne fordelt efter deres vurdering af, om kommunens brugere ideelt set burde have mere eller mindre indflydelse på deres behandling, eller om den er tilpas. Antal og procent.

	Antal	Procent
Mere indflydelse	10	13
Tilpas indflydelse	60	79
Mindre indflydelse	2	3
Ved ikke	4	5
I alt	76	100

Kilde: Visitator-surveyen.

Ser vi på brugernes oplevelse af deres indflydelse på valg af behandling, er der særligt blandt brugere i substitutionsbehandling en betydelig andel på næsten to tredjedele, der mener, at de ikke fik mulighed for at vælge mellem stoffri behandling og substitutionsbehandling.

TABEL 9.6

Brugerne fordelt efter deres vurdering af lydhørhed over for deres ønsker fordelt på, om brugeren fik mulighed for at vælge mellem stoffri behandling og substitutionsbehandling. Procent og antal.

Valg af behandlingsformål	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I alt procent	I alt antal
Fik ikke mulighed for at vælge imellem stoffri behandling og substitutionsbehandling	14	18	30	38	100	433
Fik mulighed for at vælge imellem stoffri behandling og substitutionsbehandling	8	14	26	52	100	277
I alt	12	17	29	43	100	710

Anm.: $\chi^2 = 16$, $p = 0,001$, Gamma = 0,236, $p = 0,000$.

Kilde: Bruger-surveyen.

I gruppen af substitutionsbrugere, der ikke har fået et sådant valg, mener 32 pct. slet ikke eller i mindre grad, at der var lydhørhed over for deres ønsker. Omvendt oplever 38 pct. i denne gruppe, at der i høj grad var lydhørhed over for deres ønsker. Andelen, som i høj grad oplever lydhørhed over for deres ønsker, er højest blandt dem, der fik mulighed for

at vælge imellem stoffri behandling og substitutionsbehandling, hvor 52 pct. har oplevet en høj grad af lydhørhed.

Brugerne er også blevet spurgt om deres tilfredshed med muligheden for at justere behandlingen undervejs. Det kan fx handle om muligheden for overgang fra substitutionsbehandling til stoffri behandling eller mellem forskellige behandlingsformer som ambulant, dag- og døgnbehandling. Her er hovedparten af brugerne tilfredse (75 pct.). Andelen, der ikke er tilfredse, er højest i gruppen, der modtager ad hoc-samtaler (34 pct.).

TABEL 9.7

Brugerne fordelt efter deres tilfredshed med muligheden for at justere behandlingen, særskilt for behandlingsintensitet. Procent og antal.

Behandlingsintensitet	Ikke tilfreds	Tilfreds	I alt, procent	I alt, antal
Ad hoc	34	66	100	410
Ambulant	19	81	100	368
Dag	18	82	100	62
Døgn	17	83	100	83
I alt	25	75	100	923

Anm.: $\chi^2 = 30$, $p = 0,000$.

Kilde: Bruger-surveyen.

VALG AF BEHANDLINGSSTED

Hovedparten af brugerne (74 pct.) har ikke haft mulighed for at vælge mellem flere behandlingssteder. Det er navnlig brugerne, der modtager ad hoc-samtaler, der ikke har haft mulighed for at vælge mellem forskellige behandlingssteder, idet kun 14 pct. i denne gruppe har haft en sådan valgmulighed. Derimod har 58 pct. af brugerne i døgnbehandling haft mulighed for at vælge mellem forskellige behandlingssteder.

Den ene halvdel af brugerne finder det vigtigt at kunne vælge mellem behandlingsstederne, men der er også en betydelig del af brugerne, der ikke finder et sådant valg vigtigt. Der er endvidere en tendens til, at flere af dem, der finder det vigtigt at kunne vælge mellem behandlingssteder, rent faktisk også har haft et sådant valg. Blandt dem, som har mulighed for at vælge mellem behandlingssteder, finder 65 pct., at en sådan valgmulighed er vigtig, mens det kun er 29 pct. af dem, der ikke

kunne vælge mellem behandlingsstederne, der finder en sådan en valgmulighed vigtig.

TABEL 9.8

Brugerne fordelt efter deres mulighed for at vælge behandlingssted, særskilt for behandlingsintensitet. Procent og antal.

Behandlingsintensitet	Havde ikke mulighed for valg mellem behandlingssteder	Havde mulighed for valg mellem behandlingssteder	I alt procent	I alt antal
Ad hoc	86	14	100	433
Ambulant	72	28	100	389
Dag	57	43	100	68
Døgn	42	58	100	95
I alt	74	26	100	985

Anm.: $\chi^2 = 92$, $p = 0,000$.

Kilde: Bruger-surveyen.

TABEL 9.9

Brugerens vurdering af vigtigheden af valg mellem behandlingssteder, fordelt på om brugeren har haft flere behandlingssteder at vælge imellem i forbindelse med sin nuværende behandling. Procent og antal.

Valg af behandlingssted	Slet ikke vigtigt	I mindre grad vigtigt	I nogen grad vigtigt	I høj grad vigtigt	I alt procent	I alt antal
Kunne ikke vælge mellem behandlingssteder	34	20	17	29	100	714
Kunne vælge mellem behandlingssteder	5	12	17	65	100	254
I alt	26	18	17	39	100	968

Anm.: $\chi^2 = 129$, $p = 0,000$, Gamma = 0,620, $p = 0,000$.

Kilde: Bruger-surveyen.

Særligt for de ambulante tilbuds vedkommende kan der være tale om, at der ofte i et lokalområde kun er få eller blot ét misbrugscenter i umiddelbar nærhed af brugernes bopæl. Det afspejles også i, at andelen, der har kunnet vælge mellem flere behandlingssteder, er højest i hovedstadsområdet, hvor der er flere behandlingssteder inden for umiddelbar geo-

grafisk rækkevidde. I hovedstadens omegn havde 35 pct. således mulighed for at vælge mellem flere behandlingssteder (ikke afbildet).

Ser vi på sammenhængen mellem brugernes generelle oplevelse af lydhørhed over for deres ønsker og spørgsmålet om, hvorvidt de har haft flere behandlingssteder at vælge imellem, opleves lydhørheden at være højest blandt dem, som har fået flere behandlingssteder at vælge imellem, hvor 60 pct. oplever en høj grad af lydhørhed for deres ønsker. 44 pct. har oplevet en høj grad af lydhørhed blandt dem, der ikke fik flere behandlingssteder at vælge imellem, mens 27 pct. i denne gruppe slet ikke eller i mindre grad har oplevet en sådan lydhørhed.

TABEL 9.10

Brugernes vurdering af lydhørhed over for deres ønsker, fordelt på om brugeren fik flere behandlingssteder at vælge imellem. Procent og antal.

Valg af behandlingssted	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I alt procent	I alt antal
Fik ikke flere behandlingssteder at vælge imellem	11	16	29	44	100	718
Fik flere behandlingssteder at vælge imellem	8	9	22	60	100	255
I alt	10	14	27	48	100	973

Anm.: $\chi^2 = 22$, $p = 0,000$, Gamma = 0,267, $p = 0,000$.

Kilde: Bruger-surveyen.

BRUGERINDFLYDELSE PÅ BEHANDLINGSSTEDERNE

Vi har også spurgt til brugerindflydelse på institutionsniveau i surveyen til behandlingslederne. Heraf fremgår det, at der kun er brugerråd på et mindre antal institutioner, idet der på 73 pct. af behandlingsstederne ikke er et brugerråd. På 18 pct. af behandlingsstederne er der et brugerråd, der mødes én gang om måneden eller oftere.

TABEL 9.11

Behandlingslederne fordelt efter angivelse af forekomst af og mødehyppighed for brugerråd. Antal og procent.

	Antal	Procent.
Brugerråd med flere deltagende brugere hver uge	6	6
Brugerråd med flere deltagende brugere hver anden uge	4	4
Brugerråd med flere deltagende brugere hver måned	9	8
Brugerråd med flere deltagende brugere hver anden måned	2	2
Brugerråd med flere deltagende brugere hver tredje måned eller sjældnere	8	7
Intet brugerråd	79	73
I alt	108	100

Kilde: Behandlingsstedssurveyen.

Behandlingslederne er også blevet spurgt om, hvorvidt brugerne har indflydelse på en række organisatoriske forhold. Her viser det sig, at brugernes indflydelse primært omhandler forhold som planlægning af konkrete aktiviteter, mens brugerne generelt ikke har indflydelse på organisatoriske og administrative forhold og ligeledes kun i mindre grad på behandlingstilbuddenes indhold så som, hvilke metoder der anvendes.

TABEL 9.12

Behandlingslederne fordelt efter deres vurdering af brugergruppens indflydelse på organisatoriske forhold. Procent.

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke	I alt procent
Nyansættelser	3	4	7	86	0	100
Behandlingstilbuddenes indhold (fx hvilke metoder der anvendes)	0	13	33	54	0	100
Fysisk indretning af Behandlingsstedet	4	29	32	36	0	100
Husregler	10	41	24	24	1	100
Planlægning af aktiviteter	43	35	9	12	1	100

Anm.: n = 108.

Kilde: Behandlingssteds-surveyen.

BRUGERNES TILFREDSHED MED BEHANDLINGEN

Vi har i bruger-surveyen stillet en række spørgsmål, der belyser brugernes tilfredshed med behandlingen. I tabel 9.13 er opgjort, hvorvidt brugerne mener at have fået den behandling, vedkommende gerne ville have, fordelt på behandlingsintensitet. 49 pct. af brugerne mener i høj grad, og 31 pct. i nogen grad, at de har fået den behandling, de gerne ville have, mens kun 8 pct. slet ikke mener, og 12 pct. i mindre grad mener at have fået den behandling, de gerne ville have. Andelen, der slet ikke eller i mindre grad mener, at de har fået den behandling, de gerne ville have, er dog højest med sammenlagt 29 pct. i gruppen, der modtager ad hoc- ydelser.

TABEL 9.13

Brugerne fordelt efter, i hvor høj grad de mener at have fået den behandling, de gerne ville have, særskilt for behandlingsintensitet. Procent og antal.

Behandlings- intensitet	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I alt procent	I alt antal
Ad hoc	12	17	31	39	100	439
Ambulant	5	9	32	54	100	401
Dag	4	4	36	55	100	69
Døgn	4	7	22	67	100	96
I alt	8	12	31	49	100	1005

Anm.: $\chi^2 = 57$, $p = 0,000$, Gamma = 0,300, $p = 0,000$.

Kilde: Bruger-surveyen.

Der er også en tendens til, at opiat-misbrugere i mindre grad får den ønskede behandling, men hvis man tager højde for behandlingsintensitet i en regressionsanalyse, er forskellen ikke signifikant. Det skyldes, at hovedparten af opiat-misbrugere er i substitutionsbehandling, og at en betydelig del heraf modtager en lav behandlingsintensitet.

Ser vi på den overordnede tilfredshed med behandlingen, angiver hele 42 pct. at de er meget tilfredse med behandlingen, og 31 pct. svarer, at de er tilfredse. I alt 16 pct. af brugerne svarer, at de er utilfredse eller meget utilfredse. Andelen, der er meget utilfredse eller utilfredse, er lidt højere blandt brugere, der modtager ad hoc-samtaler (22 pct.), end blandt de øvrige brugere. Også i gruppen, der modtager ad hoc-samtaler,

finder vi dog en høj andel på sammenlagt 64 pct., der angiver, at de er tilfredse eller meget tilfredse med behandlingen.

TABEL 9.14

Brugerne, fordelt efter tilfredshed med behandlingen, særskilt for behandlingsintensitet. Procent og antal

Behandlings- intensitet	Meget utilfreds	Utilfreds	Hverken/ eller	Tilfreds	Meget tilfreds	I alt procent	I alt antal
Ad hoc	10	12	14	33	31	100	441
Ambulant	5	8	9	29	50	100	402
Dag	1	3	4	45	46	100	69
Døgn	4	6	4	27	58	100	96
I alt	7	9	10	31	42	100	1.008

Anm.: $\chi^2 = 67$, $p = 0,000$, Gamma = 0,303, $p = 0,000$.

Kilde: Bruger-surveyen.

TABEL 9.15

Brugerne fordelt efter deres tilfredshed med behandlingen, særskilt for bytype. Procent og antal.

Bytype	Meget utilfreds	Utilfreds	Hverken/ eller	Tilfreds	Meget tilfreds	I alt procent	I alt antal
Københavns Kommune	10	10	10	34	35	100	192
Københavns omegn	9	9	11	31	40	100	193
Århus, Aalborg, Odense og Esbjerg	5	10	10	29	46	100	277
> 30.000 indbyggere	5	10	12	28	46	100	186
< 30.000 indbyggere	7	6	10	36	42	100	164
I alt	7	9	11	31	42	100	1.012

Anm.: $\chi = 17$, $p = 0,370$.

Kilde: Bruger-surveyen.

Tilfredsheden med behandlingen gør sig gældende på tværs af kommuner. Andelen, der er meget utilfredse eller utilfredse, er højest i Københavns Kommune, hvor 20 pct. er utilfredse, og lavest i de mindre byer, hvor 13 pct. er utilfredse, men forskellene er ikke signifikante.

Særligt blandt dem, der ikke modtager substitutionsbehandling, er der meget få, der er utilfredse med behandlingen. Der er en lidt højere grad af tilfredshed blandt dem, der modtager substitutionsbehandling. I denne gruppe er 19 pct. utilfredse eller meget utilfredse med behandlingen.

TABEL 9.16

Brugerne fordelt efter deres tilfredshed med behandlingen, særskilt for om brugeren får substitutionsbehandling. Procent og antal.

Behandlings- type	Meget utilfreds	Utilfreds	Hverken eller	Tilfreds	Meget tilfreds	I alt procent	I alt antal
Får ikke substitu- tions- behandling	4	2	4	30	59	100	246
Får substitu- tions- behandling	8	11	12	32	37	100	765
I alt	7	9	10	31	42	100	1.011

Anm.: Gamma = -0,423, p = 0,000.

Kilde: Bruger-surveyen.

Ligeledes er der en meget høj grad af tilfredshed med behandlingen blandt dem, for hvem det er lykkedes at opnå stoffrihed, hvor 91 pct. er tilfredse eller meget tilfredse med behandlingen. Blandt dem, hvor der ikke er planlagt stoffrihed, er 67 pct. tilfredse eller meget tilfredse med behandlingen, mens 19 pct. i denne gruppe er meget utilfredse eller utilfredse.

TABEL 9.17

Brugerne fordelt efter deres tilfredshed med behandlingen, særskilt for formål med behandlingen. Procent og antal.

Formål med behand- lingen	Meget utilfreds	Utilfreds	Hverken/ eller	Tilfreds	Meget tilfreds	I alt procent	I alt antal
Er stoffri	4	2	2	31	60	100	166
Planlagt stoffrihed inden for de næste par år	6	9	11	29	44	100	279
Ikke planlagt stoffrihed	8	11	13	33	34	100	491
Ikke oplyst	8	10	7	30	46	100	74
I alt	7	9	10	31	42	100	1.010

Anm.: $\chi^2 = 52$, $p = 0,000$.

Kilde: Bruger-surveyen.

OPSUMMERING

I dette kapitel har vi belyst brugernes tilfredshed med behandlingen og graden af brugerindflydelse. Analyserne tegner et overordnet billede af, at hovedparten af brugerne udtrykker tilfredshed med deres behandling, og at hovedparten oplever, at behandlingssystemet har været lydhør over for deres behandlingsønsker.

Der er en markant tendens til, at det særligt er de brugere, der har opnået stoffrihed, som er mest tilfredse med behandlingen, efterfulgt af de brugere, for hvem stoffrihed er en planlagt målsætning. Også blandt dem, for hvem der ikke er planlagt stoffrihed, dvs. navnlig brugere i langvarig substitutionsbehandling, er hovedparten af brugerne tilfredse med behandlingen, mens der er en del af denne gruppe, der udtrykker utilfredshed med behandlingen. Analyserne viser således, at det er et mindretal af brugerne, som ikke mener, at behandlingssystemet har været lydhørt i forhold til deres ønsker, og som udtrykker utilfredshed med behandlingen. Denne gruppe finder vi navnlig blandt brugere, der modtager en lav behandlingsintensitet, og navnlig i gruppen af opiat-misbrugere i substitutionsbehandling, som modtager ad hoc-samtaler.

Det viser sig også, at flertallet af brugerne i substitutionsbehandling angiver, at de ikke oplever at have fået mulighed for at vælge mellem stoffri behandling og substitutionsbehandling. På trods heraf udtrykker hovedparten af disse brugere, at de har oplevet en lydhørhed i forhold til deres ønsker.

Det er også hovedparten af brugerne, der ikke har haft mulighed for at vælge mellem flere behandlingssteder. Det gælder dog først og fremmest brugere i ambulant behandling. Her må det dog antages, at geografiske forhold spiller en rolle, og det er således også i hovedstadsområdet, hvor der er flest behandlingssteder inden for umiddelbar rækkevidde, at flest har haft mulighed for at vælge mellem flere behandlingssteder. Derimod har et flertal af brugerne i døgnbehandling haft mulighed for at vælge mellem flere behandlingssteder.

HELHEDSORIENTERET INDSATS

Af vejledning 4 til serviceloven fremgår det, at den sociale behandling for stofmisbrugere skal være helhedspræget og bør sigte på at forbedre den enkeltes sociale og personlige funktion samt udviklingsmuligheder, ligesom indsatsen bør sigte mod at forbedre mulighederne for den enkeltes livsudfoldelse gennem kontakt, tilbud om samvær, aktivitet, behandling, omsorg og pleje. Tilbuddene skal være sammenhængende og helhedsorienterede, og det skal tilstræbes, at det samlede tilbud bidrager til at give den enkelte en mere selvstændig tilværelse med respekt for den enkeltes ønsker, behov og muligheder for livsudfoldelse.

Behandlingen bør ifølge vejledningen bl.a. indbefatte:

- Hjælp til løsning af afhængighedsproblemet
- Hjælp til løsning af psykiske og følelsesmæssige problemer
- Hjælp til diverse konkrete ydelser og støttemuligheder, såsom uddannelse, økonomi, bolig og lignende
- Hjælp til samværet med andre mennesker
- Hjælp til bedring af helbredstilstanden.

I dette kapitel belyser vi den sociale stofmisbrugsbehandling ud fra et sådant fokus på den helhedsorienterede indsats. Vi belyser, i hvilket omfang brugerne oplever at have en række psykiske, fysiske og sociale problemer, og i hvilken grad brugerne oplever at få hjælp til disse.

I kapitel 12 skal vi se nærmere på betydningen af den øvrige sociale indsats i forhold til både at opnå stoffrihed og i forhold til brugernes øvrige livssituation. Og i kapitel 15, som omhandler samarbejdet mellem aktører, der er involveret i indsatsen over for gruppen af stofmisbrugere, ser vi nærmere på samarbejdet mellem stofmisbrugsbehandlingen og øvrige aktører som fx psykiatrien og jobcentrene. I nærværende kapitel afdækker vi forhold omkring den helhedsorienterede indsats set ud fra brugernes perspektiv.

Først vil vi se på, i hvilken grad behandlingslederne oplever, at behandlingsstedet er involveret i indsatsen i forhold til en række aspekter af brugerens livssituation.

TABEL 10.1

Behandlingsstederne fordelt efter deres involvering i andre problemer end stofmisbrug. Procent og antal.

I hvor høj grad er behandlingsstedet involveret i indsatser over for:	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke	I alt procent
Fysiske problemer	31	41	21	4	4	100
Psyriske problemer	66	26	6	2	1	100
Boligproblemer	32	30	32	6	1	100
Problemstillinger vedr. beskæftigelse eller uddannelse	26	37	29	7	1	100
Problemstillinger vedr. forsørgelse	28	28	29	13	3	100
Problemstillinger vedr. børn	10	32	35	16	7	100
Problemstillinger vedr. kriminalitet	25	45	25	4	1	100

Anm.: n = 108.

Kilde: Behandlingssteds-surveyen.

Det fremgår generelt, at behandlingslederne oplever, at den sociale behandling også involverer en række øvrige aspekter af brugernes liv end misbruget. Tabellen viser dog også, at for en række af disse aspekter, såsom fysiske problemer, boligproblemer, forsørgelse, børn mv. er der navnlig tale om en involvering i nogen grad eller i mindre grad. Cirka en tredjedel af behandlingslederne mener, at den sociale behandling i høj grad også involverer hovedparten af disse aspekter. En undtagelse er dog involveringen i brugerens psykiske problemer, hvor 66 pct. af behand-

lingslederne svarer, at behandlingsstedet i høj grad er involveret i indsatsen i forhold til brugernes psykiske problemer. I de følgende afsnit skal vi se, hvorledes brugerne oplever karakteren af deres problemer og den hjælp, de modtager.

PSYKISKE PROBLEMER

I bruger-surveyen har vi spurgt, om brugerne har psykiske problemer, som fx psykoser, angst og depression. Der er i alt 61 pct. af brugerne, der angiver at have psykiske problemer. Denne andel er høj i alle aldersgrupper, også blandt de yngste brugere i behandling. 54 pct. af de 18-24-årige brugere angiver således at have psykiske problemer.

TABEL 10.2

Brugerne fordelt efter, om de mener, at de har psykiske problemer, særskilt for alder. Procent og antal.

Alder	Har psykiske problemer	Har ikke psykiske problemer	I alt procent	I alt antal
18-24 år	54	46	100	74
25-34 år	61	39	100	251
35-44 år	65	35	100	387
45- år	59	41	100	289
I alt	61	39	100	1.001

Anm.: $\chi^2 = 5$, $p = 0,209$.

Kilde: Bruger-surveyen.

Andelen med psykiske problemer er ligeledes høj på tværs af hovedmisbrugsstof: 57 pct. af hashmisbrugerne, 59 pct. af opiat-misbrugerne og 67 pct. af brugerne af centralstimulerende stoffer angiver at have psykiske problemer.

Hvor der ikke er nogen signifikant forskel på andelen med psykiske problemer i forhold til hovedmisbrugsstof, er der derimod en betydelig forskel på andelen, der modtager psykologisk eller psykiatrisk behandling i forhold til brugernes hovedmisbrugsstof. Blandt dem, som har psykiske problemer er andelen, der modtager psykologisk eller psykiatrisk behandling højest blandt hashmisbrugerne med 53 pct. efterfulgt af 43 pct. blandt misbrugere af centralstimulerende stoffer. I gruppen af

opiat-misbrugere er det derimod kun 30 pct. af dem, som har psykiske problemer, som modtager psykologisk eller psykiatrisk behandling for disse problemer.

TABEL 10.3

Brugerne fordelt efter, om de mener, at de har psykiske problemer, særskilt for hovedmisbrugsstof. Procent og antal.

Hovedmisbrugsstof	Har psykiske problemer	Har ikke psykiske problemer	I alt procent	I alt antal
Opiater	59	41	100	557
Opiater med blandedingsmisbrug	68	32	100	198
Centralstimulerende stoffer	67	33	100	141
Hash	57	43	100	93
I alt	62	38	100	989

Anm.: $\chi^2 = 7$, $p = 0,087$.

Kilde: Bruger-surveyen.

TABEL 10.4

Brugere med psykiske problemer, fordelt efter om de modtager behandling hos psykolog eller psykiater, særskilt for hovedmisbrugsstof. Procent og antal.

Hovedmisbrugsstof	Modtager psykologisk/psykiatrisk behandling	Modtager ikke psykologisk/psykiatrisk behandling	I alt procent	I alt antal
Opiater	30	70	100	332
Opiater med blandedingsmisbrug	33	67	100	139
Centralstimulerende stoffer	43	57	100	97
Hash	53	47	100	53
I alt	36	64	100	621

Anm.: $\chi^2 = 15$, $p = 0,002$.

Kilde: Bruger-surveyen.

Der er også en betydelig forskel på andelen af brugere, der modtager psykologisk/psykiatrisk behandling i forhold til, hvilken behandlingssintensitet de modtager. Andelen, der modtager psykologisk/psykiatrisk

behandling for deres psykiske problemer, er markant lavest blandt dem, der modtager ad hoc-ydelser (17 pct.). Denne andel er væsentligt højere i gruppen, der modtager ambulant behandling (49 pct.). Blandt brugere i døgn- og dagbehandling er det henholdsvis 46 og 41 pct., der får psykologisk/psykiatrisk behandling for deres psykiske problemer.

TABEL 10.5

Brugere med psykiske problemer, fordelt efter om de modtager behandling hos psykolog eller psykiater, særskilt for behandlingsintensitet. Procent og antal.

Behandlings- intensitet	Modtager psykolo- gisk/ psykiatrisk behandling	Modtager ikke psykologisk/ psykiatrisk behandling	I alt procent	I alt antal
Ad hoc	17	83	100	268
Ambulant	49	51	100	268
Dagbehandling	41	59	100	42
Døgnbehandling	46	54	100	45
I alt	34	66	100	623

Anm.: $\chi^2 = 65$, $p = 0,000$.

Kilde: Bruger-surveyen.

54 pct. af de brugere, der modtager psykologisk eller psykiatrisk behandling, får denne hjælp i forbindelse med misbrugsbehandlingen, mens 24 pct. får denne behandling i psykiatrien. Nogle får behandling et andet sted, hvilket fx kan være hos privatpraktiserende psykologer og psykiatere. Tallene indikerer, at psykiatrien kun i begrænset omfang er involveret i behandlingen af stofmisbrugere med psykiske problemer, og at det således primært er i regi af misbrugsbehandlingen, at en sådan hjælp foregår.

Der er en klar tendens til, at en høj andel af de brugere, der ikke får psykologisk/psykiatrisk behandling, ikke oplever at få hjælp til deres psykiske problemer, idet 40 pct. angiver, at de slet ikke får hjælp til at løse deres psykiske problemer, og 21 pct. angiver, at de i mindre grad får hjælp. Det understreger, at de brugere, der har psykiske problemer og ikke får psykologisk/psykiatrisk behandling, kun i begrænset omfang oplever, at de får hjælp til deres psykiske problemer gennem den øvrige behandling, de modtager. Der er således kun 17 pct. af dem, som ikke får psykologisk/psykiatrisk behandling, der oplever, at de i høj grad får hjælp til deres psykiske problemer.

TABEL 10.6

Brugere, der modtager psykologisk eller psykiatrisk behandling, fordelt efter hvor deres psykologiske/psykiatriske behandling foregår. Antal og procent.

Psykologisk/psykiatrisk behandling foregår	Antal	Procent
I forbindelse med stofmisbrugsbehandlingen	115	54
I psykiatrien	50	24
I en anden forbindelse	38	18
Modtager behandling mere end et sted	10	5
I alt	212	100

Kilde: Bruger-surveyen.

TABEL 10.7

Brugere med psykiske problemer, fordelt efter graden af den hjælp, de får til at løse disse problemer, fordelt på om brugeren modtager psykologisk eller psykiatrisk behandling. Procent og antal.

Psykologisk eller psykiatrisk behandling	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	I alt procent	I alt antal
Er i behandling	50	29	14	7	100	216
Er ikke i behandling	17	22	21	40	100	401
I alt	29	24	19	28	100	617

Anm.: $\chi^2 = 114$, $p = 0,000$, gamma = 0,632.

Kilde: Bruger-surveyen.

Der er også en klar tendens til, at det navnlig er brugere, der modtager ad hoc-ydelser, der ikke oplever, at de får hjælp til deres psykiske problemer, da 64 pct. i denne gruppe oplever, at de i mindre grad eller slet ikke får hjælp til deres psykiske problemer.

28 pct. af brugerne med psykiske problemer har oplevet at få afslag på psykiatrisk behandling på grund af stofmisbrug. Der er en vis forskel i forhold til bytype. Færrest har oplevet at få afslag i København og de store provinsbyer, og flest har oplevet at få afslag i Københavns omegn og i de mellemstore og mindre byer.

TABEL 10.8

Brugere med psykiske problemer fordelt efter graden af den hjælp de får til at løse disse problemer, særskilt for behandlingsintensitet. Procent og antal.

Behandlings- intensitet	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	I alt procent	I alt antal
Ad hoc	17	19	23	41	100	264
Ambulant	36	29	16	19	100	266
Dagbehandling	43	28	14	14	100	42
Døgnbehandling	45	27	11	16	100	44
I alt	29	24	19	28	100	616

Anm.: $\chi^2 = 64$, $p = 0,000$.

Kilde: Bruger-surveyen.

TABEL 10.9

Brugere med psykiske problemer, fordelt efter om de har oplevet at få afslag på psykiatrisk behandling på grund af stofmisbrug, særskilt for byer. Procent og antal.

Bytype	Har oplevet at få afslag	Har ikke oplevet at få afslag	I alt procent	I alt antal
Københavns Kommune	21	79	100	120
Københavns omegn	34	66	100	123
Århus, Aalborg, Odense og Esbjerg	22	78	100	167
> 30.000 indbyggere	34	66	100	121
< 30.000 indbyggere	34	66	100	91
I alt	28	72	100	622

Anm.: $n = 622$, $\chi^2 = 12$, $p = 0,014$.

Kilde: Bruger-surveyen.

FYSISKE PROBLEMER

Det er 54 pct. af brugerne, der har fysiske problemer. Denne andel er ikke overraskende højest blandt de ældste brugere. 64 pct. af dem på 45 år og derover har således fysiske problemer. Det er velkendt, at mange stofmisbrugere fra en forholdsvis tidlig alder udvikler alvorlige fysiske

problemer, og at mange udvikler egentlige plejebehov allerede fra 50-årsalderen. Tallene viser imidlertid, at en betydelig del af misbrugerne allerede fra 25-årsalderen oplever at have fysiske problemer.

TABEL 10.10

Brugerne fordelt efter, om de har fysiske problemer, særskilt for alder. Procent og antal.

Alder	Har fysiske problemer	Har ikke fysiske problemer	I alt procent	I alt antal
-24 år	21	79	100	76
25-34 år	49	51	100	255
35-44 år	56	44	100	388
45- år	64	36	100	289
I alt	54	46	100	1.007

Anm.: $\chi^2 = 48$, $p = 0,000$.

Kilde: Bruger-surveyen.

TABEL 10.11

Brugerne fordelt efter, om de har fysiske problemer, særskilt for hovedmisbrugsstof. Procent og antal.

Hovedmisbrugsstof	Har fysiske problemer	Har ikke fysiske problemer	I alt procent	I alt antal
Opiater	61	39	100	553
Opiater med blandingsmisbrug	55	45	100	203
Centralstimulerende stoffer	40	60	100	144
Hash	33	67	100	93
I alt	54	46	100	993

Anm.: $\chi^2 = 39$, $p = 0,000$.

Kilde: Bruger-surveyen.

Andelen med fysiske problemer er markant højest blandt opiatmisbrugerne, hvor 61 pct. har fysiske problemer. Blandt hashmisbrugerne, som gennemsnitligt er yngre, har 'kun' 33 pct. fysiske problemer.

48 pct. af brugerne oplever slet ikke eller i mindre grad at få hjælp til deres fysiske problemer.

TABEL10.12

Brugere med psykiske problemer fordelt efter, i hvor høj grad de oplever at få hjælp til fysiske problemer og sygdomme. Procent og antal.

	Procent	Antal
I høj grad	32	170
I nogen grad	21	112
I mindre grad	20	106
Slet ikke	28	149
I alt	100	537

Kilde: Bruger-surveyen.

SOCIALE PROBLEMER

I bruger-surveyen har vi også stillet en række spørgsmål, der belyser brugerne's øvrige sociale problemer, herunder om de har problemer med arbejde og uddannelse, børn, boligproblemer eller problemer med kriminalitet. Brugerne er blevet bedt om at vurdere, hvorvidt de oplever at få hjælp til disse problemer.

ARBEJDE OG UDDANNELSE

50 pct. af brugerne på kontanthjælp og andre midlertidige overførselsindkomster oplever, at de har brug for hjælp til forsørgelse eller uddannelse, mens denne andel naturligt nok er væsentligt lavere blandt dem, som har arbejde eller modtager pension.

TABEL 10.13

Brugerne fordelt efter, om de har brug for hjælp til forsørgelse og uddannelse, særskilt for indtægtstype. Procent og antal.

Indtægtstype	Har brug for hjælp med uddannelse og forsørgelse	Har ikke brug for hjælp med uddannelse og forsørgelse	I alt procent	I alt antal
Arbejde	15	85	100	117
Kontanthjælp mv.	50	50	100	500
Førtidspension mv.	12	88	100	371
I alt	32	68	100	988

Anm.: $\chi^2 = 160$, $p = 0,000$.

Kilde: Bruger-surveyen.

45 pct. af de brugere, der har brug for hjælp til problemer med forsørgelse eller uddannelse, oplever kun i mindre grad eller slet ikke at modtage denne hjælp. Andelen, der ikke oplever at få den nødvendige hjælp, er højest i gruppen, der modtager ad hoc-ydelser, men også forholdsvis høj i gruppen, der modtager ambulant behandling.

TABEL 10.14

Brugerne, der har problemer med uddannelse og forsørgelse, fordelt efter i hvor høj grad de oplever at få hjælp til at løse problemer med uddannelse og forsørgelse, særskilt for behandlingsintensitet. Procent og antal.

Behandlings- intensitet	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke	I alt procent	I alt antal
Ad hoc	14	26	29	31	0	100	96
Ambulant	30	23	23	23	2	100	128
Dagbehandling	39	28	23	5	5	100	39
Døgnbehandling	29	29	14	10	18	100	51
I alt	26	26	24	21	4	100	314

Anm.: $\chi^2 = 54$, $p = 0,000$.

Kilde: Bruger-surveyen.

En del af brugerne er blevet aktiveret eller arbejdsprøvet, mens de har været i gang med deres nuværende behandlingsforløb. 37 pct. af de brugere, som er i arbejde, har oplevet at have fået det meget bedre og yderligere 26 pct. at have fået det bedre af deres aktiveringsforløb. 22 pct. angiver derimod, at de har fået det meget dårligere. Blandt brugere på overførselsindkomst er det væsentligt færre (21 pct.), der har oplevet en forbedring af deres situation på grund af aktivering/arbejdsprøvning, mens 45 pct. oplever at have fået det dårligere eller meget dårligere. Det understreger, at aktiveringsindsatsen både rummer et potentiale for social inklusion og en risiko for at forstærke en social eksklusion, hvor det spiller en væsentlig rolle, om aktiveringens form og indhold tilpasses brugerens ressourcer og muligheder.

På den ene side kan aktivering give adgang til nye, meningsfulde aktiviteter i hverdagen og give mulighed for at indgå i nye sociale sammenhænge, samtidig med at aktiveringen potentielt kan give en forandring i brugernes forsørgelsessituation. På den anden side peger de kvalitative brugerinterview på, at de krav, der stilles i forbindelse med aktive-

ringsforløb, kan opleves som svære at leve op til, og en del brugere giver udtryk for, at de har vanskeligt ved at magte aktiveringsforløb. Særligt peger nogle brugere på, at der på jobcentrene kan være en mangel på kendskab til de vilkår, der kendetegner mange misbrugeres psykiske og sociale situation, fx at brugernes situation kan svinge fra dag til dag og fra uge til uge.

TABEL 10.15

Brugere, der har deltaget i aktivering, fordelt efter aktiveringens konsekvenser for brugerens situation efterfølgende. Procent og antal.

Indtægts- type	Meget bedre	Bedre	Ingen betydning	Dårligere	Meget dårligere	I alt procent	I alt antal
Arbejde	37	26	15	0	22	100	27
Kontant- hjælp mv.	11	10	34	28	17	100	186
Førtids- pension mv.	8	12	40	28	12	100	60
I alt	13	12	33	25	16	100	273

Anm.: Brugere, der 'ikke deltog' i aktiveringen (6 pct.), er ikke medtaget i denne tabel. $\chi^2 = 31$, $p = 0,000$.

Kilde: Bruger-surveyen.

BØRN

Af de brugere, som har børn, giver 37 pct. udtryk for, at de har problemer i forhold til børnene, som de har brug for hjælp til. Det kan dække over problemer med hjemmeboende børn, men kan også dreje sig om fx kontakten til voksne børn, spørgsmål om samkvemsret, anbringelser og lignende.

Ser vi på forskellene imellem mænd og kvinder, ser vi, at kvinder i 47 pct. af tilfældene oplever at have problemer med deres børn, mens det gælder for 32 pct. af mændene. Det kan skyldes, at børnene i højere grad bor hos moderen, men kan også være udtryk for en forskellig oplevelse af forælderrollen blandt de kvindelige og mandlige brugere

TABEL 10.16

Brugerne fordelt efter, om de har brug for hjælp til problemer med børn, særskilt for køn. Procent og antal.

Køn	Har problemer med børn	Har ikke problemer med børn	I alt procent	I alt antal
Kvinde	47	53	100	180
Mand	32	68	100	392
I alt	37	63	100	572

Anm.: $\chi^2 = 11$, $p = 0,001$.

Kilde: Bruger-surveyen.

En betydelig del af de brugere, der har problemer med deres børn, oplever, at de kun i mindre grad eller slet ikke får hjælp til deres børn. Denne andel er markant højere blandt dem, der modtager ad hoc-ydelser, hvor 62 pct. oplever, at de slet ikke får hjælp til problemer med deres børn. Andelen er dog også forholdsvis høj med 40 pct. i gruppen, der modtager ambulante ydelser.

TABEL 10.17

Brugerne fordelt efter i hvor høj grad de oplever at få hjælp til at løse problemer med deres børn, særskilt for behandlingsintensitet. Procent og antal.

Behandlings-intensitet	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	I alt procent	I alt antal
Ad hoc	17	4	17	62	100	81
Ambulant	26	19	16	40	100	90
Dagbehandling	40	20	20	20	100	10
Døgnbehandling	40	20	20	20	100	20
I alt	24	13	17	46	100	201

Anm.: $\chi^2 = 23$, $p = 0,00$.

Kilde: Bruger-surveyen.

BOLIGPROBLEMER

Der er blandt de interviewede brugere en andel på ca. 10 pct. uden egen bolig. 61 af de interviewede overnatter hos familie eller venner, 15 bor på herberg eller lignende, og 24 overnatter på gaden. 13 bor i sommerhus/kolonihavehus.

TABEL 10.18

Brugerne fordelt efter deres boligforhold. Antal og procent.

Boligtype	Antal	Procent
Ejer- eller andelsbolig	67	7
Lejebolig	733	73
Lejet værelse	35	4
Hos familie eller venner	61	6
Støttebolig / bofællesskab/ halvvejshus	47	5
Herberg eller pensionat	15	2
På institution	14	1
Gaden/ ingen bolig	24	2
Sommerhus/ kolonihavehus eller lignende	13	1
I alt	1.009	100

Kilde: Bruger-surveyen.

Den nationale kortlægning af hjemløshed i 2007 viste, at 25 pct. af de hjemløse, der blev registreret i kortlægningsugen (uge 6, 2007), havde misbrug af narkotika og 33 pct. af hash. Undersøgelsen viste også, at ca. 20 pct. af de hjemløse var psykisk syge misbrugere (Benjaminsen & Christensen, 2007). På et givet tidspunkt må det således skønnes, at ca. 2.000-2.500 stofmisbrugere, heraf 1.000 psykisk syge stofmisbrugere, er hjemløse.

34 pct. af brugerne angiver at have brug for hjælp til problemer med bolig. Her må det antages, at en større del end dem, som aktuelt befinder sig i en hjemløshedssituation, over en længere periode vil have oplevet hjemløshed. Her kan forhold omkring misbruget udgøre en væsentlig barriere for at opnå en fast bolig, fx i forhold til anvisning af bolig gennem den kommunale boliganvisning eller i forhold til, om der kan findes alternative boligløsninger eller botilbud. Boligproblemer kan også bestå i vanskeligheder med at opretholde og fastholde boligen, og en del af dem, som har en bolig, vil formentlig være i risiko for hjemløshed fx på grund af risiko for udsættelse fra boligen. Det vil for den mest kaotiske del af brugergruppen ofte være en forudsætning for at kunne håndtere at bo i egen bolig, at der gives den fornødne opsøgende sociale støtte fx i form af bostøtte.

Andelen med boligproblemer er højest i hovedstadsområdet, men også forholdsvis høj i de øvrige dele af landet.

TABEL 10.19

Brugere fordelt efter, om de har brug for hjælp, særskilt for byer. Procent og antal.

Bytype	Har brug for hjælp med bolig	Har ikke brug for hjælp med bolig	I alt procent	I alt antal
Københavns Kommune	41	56	100	190
Københavns omegn	37	63	100	194
Århus, Aalborg, Odense og Esbjerg	26	74	100	275
> 30.000 indbyggere	32	68	100	185
< 30.000 indbyggere	39	61	100	163
I alt	34	66	100	1.007

Anm.: $\chi^2 = 14$, $p = 0,005$.

Kilde: Bruger-surveyen.

TABEL 10.20

Brugerne med boligproblemer, fordelt efter, i hvor høj grad de oplever at få hjælp til at løse problemer med bolig, særskilt for behandlingsintensitet. Procent og antal.

Behandlings- intensitet	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke	I alt procent	I alt antal
Ad hoc	14	12	20	52	2	100	121
Ambulant	23	12	23	37	4	100	142
Dagbehandling	33	23	20	23	0	100	30
Døgnbehandling	28	13	23	21	15	100	53
I alt	22	13	22	39	5	100	346

Anm.: $\chi^2 = 37$, $p = 0,000$.

Kilde: Bruger-surveyen.

En stor andel blandt dem med boligproblemer oplever kun i mindre grad eller slet ikke, at de får hjælp til at løse deres boligproblemer. Denne andel er højest i gruppen, der modtager ad hoc-samtaler, hvor 52 pct. af brugerne slet ikke oplever, at de får hjælp til at løse deres boligproblemer.

KRIMINALITET

En del af brugerne angiver, at de har ulovlige indtægter, og en del har problemer med kriminalitet. Det er navnlig brugere på kontanthjælp (16 pct.), der angiver at have ulovlige indtægter. Selvom respondenterne har været sikret anonymitet, kan den reelle andel med ulovlige indtægter være højere.

TABEL 10.21

Brugerne fordelt efter, om de har ulovlig indtægt, særskilt for indtægtstype. Procent og antal.

Indtægtstype	Har ulovlig indtægt	Har ikke ulovlig indtægt	I alt procent	I alt antal
Arbejde	2	98	100	117
Kontanthjælp mv.	16	84	100	504
Førtidspension mv.	6	94	100	376
I alt	10	90	100	997

Anm.: $\chi^2 = 31$, $p = 0,000$.

Kilde: Bruger-surveyen.

Andelen, der har brug for hjælp til problemer med kriminalitet, er højest blandt de yngste brugere. I gruppen af 18-24-årige angiver 13 pct. at have brug for hjælp til problemer med kriminalitet. I den forholdsvis lille gruppe af brugere, der har brug for hjælp til problemer med kriminalitet, angiver 18 pct., at de i høj grad har fået en sådan hjælp, mens 35 pct. slet ikke oplever at have fået hjælp (ikke afbildet).

En del af brugerne har været i misbrugsbehandling i forbindelse med et fængselsophold. Løsladelse fra fængsel kan være en kritisk overgang både i forhold til misbrugsbehandling og andre problemer som fx bolig, forsørgelse mv.

43 pct. af de brugere, som har været i fængsel, har været i stofmisbrugsbehandling i fængslet. Blandt de brugere, som er kommet i behandling direkte efter løsladelsen, mener 51 pct., at der i høj grad er taget hånd om overgangen fra fængsel til behandling. I gruppen, hvor der er gået mere end 5 uger fra løsladelsen, til de er startet i behandling, mener kun 9 pct., at der i høj grad er taget hånd om overgangen fra fængsel til behandling, mens 68 pct. mener, at der slet ikke er blevet taget hånd om denne overgang. Det tyder på, at når der ikke tages tilstrækkeligt hånd

om overgangen ved løsladelse, varer det længere tid førend brugeren kommer i behandling for sit stofmisbrug efter løsladelsen.

TABEL 10.22

Brugerne fordelt efter, om de har brug for hjælp til problemer med kriminalitet, særskilt for alder. Procent og antal.

Alder	Har brug for hjælp	Har ikke brug for hjælp	I alt procent	I alt antal
-24 år	13	87	100	76
25-34 år	12	88	100	252
35-44 år	9	91	100	391
45+ år	5	95	100	290
I alt	9	91	100	1.009

Anm.: $\chi^2 = 12$, $p = 0,007$.

Kilde: Bruger-surveyen.

TABEL 10.23

Brugere, der har været i misbrugsbehandling i forbindelse med fængselsophold, fordelt efter, i hvor høj grad de mener, at der blev taget hånd om overgangen fra fængsel til behandling, særskilt for tid fra løsladelse til start af behandling. Procent og antal.

Tid fra løsladelse til behandling	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	I alt procent	I alt antal
Direkte fra fængsel til behandling	51	24	8	18	100	51
0-4 uger	24	52	4	20	100	25
5+ uger	9	18	5	68	100	22
I alt	35	30	6	30	100	98

Anm.: $\chi^2 = 30$, $p = 0,000$. Gamma = 0,541, $p = 0,000$.

Kilde: Bruger-surveyen.

SOCIALE NETVÆRK OG VÆRESTEDER

I bruger-surveyen er der spurgt om, hvorvidt behandlingen fokuserer på at styrke brugernes sociale netværk. 9 pct. svarer, at det i høj grad er tilfældet, mens 39 pct. svarer slet ikke. Særlig blandt førtidspensionisterne

er det næsten halvdelen af brugerne, 48 pct., der mener, at behandlingen slet ikke fokuserer på at styrke brugerens sociale netværk.

TABEL 10.24

Brugerne fordelt efter, i hvor høj grad behandlingen fokuserer på at styrke brugerens sociale netværk, særskilt for indkomsttype. Procent og antal.

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	I alt procent	I alt antal
Arbejde	28	30	13	28	100	116
Kontant-hjælp m.v.	28	20	18	34	100	491
Førtids-pension m.v.	10	21	22	48	100	361
Andet / ingen indtægt	9	18	27	46	100	11
I alt	21	21	19	39	100	979

Anm.: $\chi^2 = 65,0$, $p < 0,001$.

Kilde: Bruger-surveyen.

Blandt brugerne, der modtager ad hoc-ydelser, er det kun 9 pct., der mener, at behandlingen i høj grad fokuserer på at styrke brugerens sociale netværk, mens 55 pct. mener, at det slet ikke er tilfældet. Det omvendte billede finder vi blandt brugere i både dag- og døgnbehandling, hvor henholdsvis 57 pct. og 55 pct. mener, at behandlingen i høj grad fokuserer på at styrke det sociale netværk. Blandt brugere i ambulant behandling er også en forholdsvis stor gruppe, der ikke mener, at behandlingen fokuserer på at styrke sociale netværk.

De sociale væresteder udgør for mange socialt udsatte en mulighed for social kontakt og aktiviteter. I interviewene med de frivillige organisationer påpeges det, at disse organisationers tilbud særligt benyttes af de mest ressourcetsvage grupper og således giver mulighed for at tilbyde social omsorg og støtte til eksempelvis misbrugere med et svagt socialt netværk. De frivillige organisationer understreger her vigtigheden af, at disse tilbud ikke skal være en del af det etablerede behandlingssystem, men snarere være et tilbud 'uden om' og 'rundt om' det offentlige system.

TABEL 10.25

Brugerne fordelt efter, i hvor høj grad deres behandling fokuserer på at styrke deres sociale netværk, særskilt for behandlingsintensitet. Procent og antal.

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	I alt procent	I alt antal
Ad hoc	9	18	19	55	100	424
Ambulant	20	25	22	33	100	389
Dagbehandling	57	20	10	13	100	70
Døgndagbehandling	55	25	11	9	100	92
I alt	21	21	19	39	100	975

Anm.: $\chi^2 = 194,9$, $p < 0,001$.

Kilde: Bruger-surveyen.

34 pct. af brugerne har benyttet sociale væresteder inden for den sidste måned. Her er også medregnet brugere, der har benyttet brugercaféer for stofmisbrugere. Der er ikke nogen signifikant forskel i forhold til behandlingsintensiteten, og der er således ikke tegn på, at det særligt skulle være de brugere, der modtager en lav behandlingsintensitet, der benytter de sociale væresteder, evt. som supplement til en social behandling af lav intensitet. Omvendt er der dog heller ikke tegn på, at brugerne med lav behandlingsintensitet bruger værestederne mindre end de øvrige grupper af brugere. Den højeste andel, der benytter de sociale væresteder, finder vi blandt brugere i dagbehandling, hvor 46 pct. har benyttet sociale væresteder inden for den seneste måned. Det er således tydeligt, at de sociale væresteder udgør et vigtigt socialt tilbud for en stor del af brugerne i den sociale stofmisbrugsbehandling. Her skal det tages i betragtning, at der blandt værestedernes brugere formentlig også er en betydelig gruppe af stofmisbrugere, der ikke er i behandling.

Der er en vis variation mellem byerne i andelen, der har benyttet de sociale væresteder, hvor denne andel er lavest i hovedstaden og omegnskommunerne samt i de mindre byer. Derimod er der en lidt højere andel, der har benyttet værestederne i de store og mellemstore provinsbyer.

TABEL 10.26

Brugerne fordelt efter, om de har benyttet værested eller brugercafé inden for den sidste måned, særskilt for behandlingsintensitet. Procent og antal.

	Har benyttet værested	Har ikke benyttet værested	I alt procent	I alt antal
Ad hoc	32	68	100	440
Ambulant behandling	36	64	100	400
Dagbehandling	46	54	100	70
Døgnbehandling	32	68	100	95
I alt	34	66	100	1.005

Anm.: $\chi^2 = 5,7$, $p = 0,127$.

Kilde: Bruger-surveyen.

TABEL 10.27

Brugerne fordelt efter, om de har benyttet værested eller brugercafé inden for den sidste måned, særskilt for bytype. Procent og antal.

Bytype	Har benyttet værested	Har ikke benyttet værested	I alt procent	I alt antal
Københavns Kommune	30	70	100	192
Københavns omegn	33	67	100	193
Århus, Odense, Aalborg, Esbjerg	38	62	100	276
> 30.000 indbyggere eller mere	42	58	100	185
< 30.000 indbyggere	29	70	100	164
I alt	35	65	100	1.010

Anm.: $\chi^2 = 9,6$, $p = 0,047$.

Kilde: Bruger-surveyen.

Det kan være udtryk for en variation i dækningen med og karakteren af de sociale væresteder for de socialt udsatte grupper mellem byerne. Andelen, der angiver at mangle sociale væresteder, er betydeligt højere i hovedstaden og navnlig i hovedstadens forstæder samt i de mindre byer, mens andelen, der angiver at mangle væresteder, er lavere i de store provinsbyer, hvor der således tilsyneladende er en god dækning med sociale væresteder.

TABEL 10.28

Brugerne fordelt efter, i hvor høj grad de mangler væresteder eller andre sociale tilbud, særskilt for << bytype. Procent og antal.

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	I alt procent	I alt antal
Københavns Kommune	23	18	14	46	100	189
Københavns omegn	29	10	22	39	100	192
Århus, Odense, Aalborg, Esbjerg	9	16	9	67	100	276
> 30.000 indbyggere eller mere	19	16	21	44	100	183
< 30.000 indbyggere	25	14	17	44	100	161
I alt	20	15	16	50	100	1.001

Anm.: $\chi^2 = 72,4$, $p < 0,001$.

Kilde: Bruger-surveyen.

TABEL 10.29

Brugerne fordelt efter, i hvor høj grad de mangler væresteder eller andre sociale tilbud, fordelt på, i hvor høj grad brugeren føler behandlingsstedet er et rart sted at opholde sig. Procent og antal.

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	I alt procent	I alt antal
I høj grad et rart sted	17	13	19	52	100	464
I nogen grad et rart sted	16	18	16	50	100	281
I mindre grad et rart sted	25	14	14	48	100	118
Slet ikke et rart sted	34	16	9	41	100	122
I alt	20	15	16	49	100	985

Anm.: $\chi^2 = 28,1$, $p = 0,001$.

Kilde: Bruger-surveyen.

Endelig hænger oplevelsen af, om der mangler sociale væresteder, også sammen med oplevelsen af, om misbrugscentret er et rart sted at være. Der er således flere, der angiver at mangle sociale væresteder blandt dem, der samtidig ikke synes, at misbrugscentret er et rart sted at være.

Der er også blevet spurgt, om brugerne har været til NA-møder (Anonyme Narkomaner) eller lignende inden for den seneste måned. Der er en meget høj andel på 61 pct. af de stoffri brugere, der har deltaget i sådanne møder, og disse tilbud udgør således vigtige tilbud til denne brugergruppe. Der er dog i de kvalitative interview brugere, der efter-

spørger alternativer til NA-møderne. Det gælder navnlig behovet for lignende tilbud henvendt til brugere, som ikke er stoffri, herunder brugere i substitutionsbehandling.

TABEL 10.30

Brugerne fordelt efter, om de har været til NA-møde eller lignende inden for den sidste måned, særskilt for formål med behandlingen. Procent og antal.

	Har været til NA-møde e.l.	Har ikke været til NA-møde e.l.	I alt procent	I alt antal
Er stoffri	61	39	100	167
Skal blive stoffri inden for de næste par år	14	86	100	280
Ikke planlagt stoffrihed	5	95	100	488
Ikke angivet	21	79	100	73
I alt	18	82	100	1.008

Anm.: $\chi^2 = 266,2$, $p < 0,001$.

Kilde: Bruger-surveyen.

UDSLUSNING OG OPSØGENDE INDSATS

I de kvalitative interview påpeger mange interviewpersoner, både brugere, behandlingsledere og kommunale myndighedspersoner, behovet for at styrke udslusningstilbuddene. Det gælder ikke mindst ved udslusning fra døgnophold, hvor brugerne fremhæver, at det kan være en stor udfordring at vende tilbage til hverdagsmiljøet, hvor brugeren bliver konfronteret med fx misbrugsmiljøet, ensomhed og de sociale problemer, som brugeren måske havde brug for at komme væk fra. Flere brugere giver udtryk for, at den virkelige udfordring ligger ved tilbagevenden til hverdagen. Udslusningstilbud og social støtte i den kritiske overgangsfase mellem fx døgnbehandling og ambulant behandling eller ved afslutning af et behandlingsforløb er således af central betydning. En del brugere giver her udtryk for, at overgangen fra døgnbehandling til ambulant behandling har været vanskelig, da de ikke har oplevet den støttende indsats som tilstrækkelig. Andre brugere, som har oplevet et mere succesfuldt forløb, beretter om vigtigheden af, at der fx er nogen at ringe til, hvis det er nødvendigt, herunder også hvis de oplever kriser uden for tilbuddenes sædvanlige åbningstid.

Af de nuværende brugere, der tidligere har været i behandling, har 63 pct. tidligere afsluttet en behandling planmæssigt. Det er således en forholdsvis høj andel på 37 pct. af de brugere, der tidligere har været i behandling, der ikke har afsluttet et tidligere behandlingsforløb planmæssigt (ikke afbildet). 45 pct. af disse brugere oplevede, at der slet ikke blev taget hånd om deres situation ved udslusning, og yderligere 16 pct. svarer i mindre grad. Tilsvarende svarer 57 pct., at de har manglet hjælp i forbindelse med udslusningen.

TABEL 10.31

Brugere, der har afsluttet behandlingen planmæssigt, fordelt efter i hvor høj grad de oplevede, at der blev taget hånd om deres situation i forbindelse med udslusning. Procent og antal.

	Procent	Antal
I høj grad	23	87
I nogen grad	17	64
I mindre grad	16	64
Slet ikke	45	172
I alt	100	388

Kilde: Bruger-surveyen.

Ser vi på, hvilke tilbud behandlingsstederne har i forbindelse med udslusning, er der en forholdsvis høj andel blandt både de ambulante tilbud og blandt døgnbehandlingsstederne, der benytter tilbud om halvvejshuse, henvisning til NA-møder og koordinerende møder i forhold til den øvrige kommunale indsats.

TABEL 10.32

Brugere, der har afsluttet et tidligere behandlingsforløb planmæssigt fordelt efter, om de manglede hjælp i forbindelse med udslusningen. Procent og antal.

	Procent	Antal
Har manglet hjælp	57	224
Har ikke manglet hjælp	40	157
Ved ikke	3	10
I alt	100	391

Kilde: Bruger-surveyen.

Det er derimod kun 40 pct. af de ambulante tilbud og 15 pct. af døgnbehandlingsstederne, der benytter tilbud om individuelle opfølgningssamtaler oftere end hver 3. måned. Det er ligeledes en forholdsvis lav andel på 27 pct. af de ambulante tilbud og 24 pct. af døgnbehandlingstilbuddene, der anvender opsøgende/udgående støtte (som fx bostøtte) i forbindelse med udslusning.

TABEL 10.33

Ambulante behandlingssteder fordelt efter, hvilke støttende tilbud de tilbyder deres brugere i overgangen fra behandlingens afslutning og til, brugeren kan klare sig selv. Antal og procent.

	Antal	Procent
Halvvejshus (§ 107 boformer eller lignende)	37	49
Individuelle opfølgningsmøder minimum hver 3. måned	30	40
Individuelle opfølgningsmøder sjældnere end hver 3. måned	7	9
Gruppebehandling	29	39
Selvhjælpsgrupper i behandlingsstedets regi	9	12
Henvvisning til NA eller lignende selvhjælpsgrupper	47	63
Henvisning til væresteder	28	37
Koordinerende møder i forbindelse med kommunale indsatser (fx beskæftigelse)	48	64
Udgående/opsøgende social støtte (fx bostøtte)	20	27

Anm.: n = 75. Behandlingsstederne har haft mulighed for at svare, at behandlingsstedet bruger flere forskellige tilbud, hvorfor antallet ikke summer til 75, og procenterne ikke summer til 100.

Kilde: Behandlingsstedssurveyen.

Det er en forholdsvis lav andel af brugerne (18 pct.), der angiver at have en støtte- og kontaktperson (SKP). Denne andel er lav på tværs af behandlingsintensiteten. Således er det 15 pct. af brugerne, der modtager ad hoc-ydelser, der har en støtte- og kontaktperson, 18 pct. blandt brugerne i ambulant behandling og 25 pct. af brugerne i døgnbehandling, der angiver at have en støtte- og kontaktperson. Her skal det understreges, at tallet ikke nødvendigvis dækker over støtte- og kontaktpersoner efter servicelovens § 99, men kan være opfattet bredere af brugerne, så også fx § 88 bostøtte eller øvrige udgående støttemedarbejdere, som fx efterværnsmedarbejdere på § 110 boformerne kan figurere i dette tal.

TABEL 10.34

Døgnbehandlingsstederne fordelt efter, hvilke tilbud de bruger til at støtte brugere i overgangen fra behandlingens afslutning og til, brugeren kan klare sig selv. Antal og procent.

	Antal	Procent
Halvvejshus (§ 107 boformer eller lignende)	17	50
Individuelle opfølgningsmøder minimum hver 3. måned	5	15
Individuelle opfølgningsmøder sjældnere end hver 3. måned	1	3
Gruppebehandling	9	27
Selvhjælpsgrupper i behandlingsstedets regi	6	18
Henvisning til NA eller lignende selvhjælpsgrupper	17	50
Henvisning til væresteder	4	12
Koordinerende møder i forbindelse med kommunale indsatser (fx beskæftigelse)	17	50
Udgående/opsøgende social støtte (fx bostøtte)	8	24

Anm.: n = 34. Behandlingslederne har haft mulighed for at svare, at behandlingsstedet bruger flere forskellige tilbud, hvorfor antallet ikke summer til 34, og procenterne ikke summer til 100.

Kilde: Behandlingssteds-surveyen.

På behandlingsstederne understreger flere behandlingsledere, at de har oplevet SKP-ordningen som en væsentlig styrkelse af indsatsen for de mest udsatte grupper. Samme holdning kommer til udtryk blandt de frivillige organisationer. Flere behandlingsledere oplever, at SKP-ordningen giver bedre mulighed for at give en opsøgende indsats, fx i forhold til brugere, som mister kontakten med behandlingssystemet, og at SKP-ordningen giver mulighed for at kunne varetage støttefunktioner, som det i vid udstrækning har været overladt til de frivillige organisationer at varetage.

TABEL 10.35

Brugerne fordelt efter, om de har en støtte- og kontaktperson (SKP) eller lignende, særskilt for behandlingsintensitet. Procent og antal.

	Har en SKP	Har ikke en SKP	I alt procent	I alt antal
Ad hoc-ydelser	15	85	100	440
Ambulant behandling	18	82	100	400
Dagbehandling	24	76	100	70
Døgnbehandling	25	75	100	95
I alt	18	83	100	1.005

Anm.: $\chi^2 = 8,9$, $p = 0,031$.

Kilde: Bruger-surveyen.

Tabel 10.36 viser, at langt hovedparten af kommunerne har en SKP-ordning henvendt til misbrugergruppen.

TABEL 10.36

Kommunerne fordelt efter, om de har en SKP-ordning for misbrugere
Procent og antal.

	Procent	Antal
Ja	82	67
Nej	13	11
Ved ikke	5	4
I alt	100	82

Kilde: Surveyen til kommunerne.

TABEL 10.37

Hvor er SKP-ordningen organisatorisk tilknyttet for misbrugere? Procent og antal.

	Procent	Antal
Tilknyttet stofmisbrugsafdelingen	29	19
Tilknyttet anden afdeling	49	32
Tilknyttet både misbrugsafdeling og anden afdeling	23	15
I alt	100	66

Kilde: Surveyen til kommunerne.

I halvdelen af kommunerne er SKP-ordningen tilknyttet en anden afdeling i kommunen, mens den anden halvdel af kommunerne er tilknyttet stofmisbrugsbehandlingen eller både stofmisbrugsbehandlingen og en anden afdeling. I kommuner, hvor SKP-ordningen ikke er tilknyttet stofmisbrugsbehandlingen, oplever flere behandlingsledere, at det kan være sværere at koordinere indsatsen, og der er derfor et ønske om at få ordningen tættere knyttet til stofmisbrugsbehandlingen. Omvendt er et generelt hensyn ved en forankring i den kommunale forvaltning, at SKP-ordningens medarbejdere kan yde støtte på tværs af de forskellige grupper, som er SKP-ordningens målgrupper, dvs. foruden misbrugerne også de hjemløse og psykisk syge og bidrage til at skabe bedre koordination i den samlede indsats for de mest udsatte grupper. I flere kommuner meldes der om positive erfaringer med, at de frivillige organisationer varetæ-

ger en del af den opsøgende og udgående indsats over brugerne, og de frivillige organisationer fremhæver, at det er et af de områder, hvor de frivillige organisationer kan varetage en del af indsatsen.

OPSUMMERING

I dette kapitel har vi belyst, i hvilket omfang brugerne får hjælp til en række psykiske, fysiske og sociale problemer og således, om det lykkes at etablere en helhedsorienteret indsats, hvilket er en del af hensigten med behandlingen. Den sociale stofmisbrugsbehandling må derfor også ses i sammenhæng med den øvrige sociale indsats for stofmisbrugerne.

Undersøgelsen viser, at en stor del af misbrugerne har en række psykiske, fysiske og sociale problemer, og at en høj andel af dem, som giver udtryk for at have sådanne problemer, samtidig oplever, at de ikke får en tilstrækkelig hjælp i forhold til disse problemer. Der er en klar tendens til, at færre brugere oplever at få den nødvendige hjælp til deres problemer blandt dem, som modtager en lav behandlingsintensitet.

En betydelig del af brugerne oplever at have psykiske problemer, men flertallet af dem med sådanne problemer modtager ikke psykologisk/psykiatrisk behandling. Det er særligt opiat-misbrugere i substitutionsbehandling og med en lav intensitet i den sociale behandling, der ikke modtager psykologisk/psykiatrisk behandling, men andelen er også forholdsvis høj i de øvrige grupper af misbrugere. Blandt dem, som får psykologisk/psykiatrisk behandling, er det karakteristisk, at denne behandling navnlig foregår i forbindelse med stofmisbrugsbehandlingen og kun i begrænset omfang foregår i det psykiatriske behandlingssystem. En del brugere har oplevet at få afslag på psykiatrisk behandling i psykiatrien med henvisning til deres misbrug.

Der er også en betydelig del af misbrugerne, som oplever at have problemer i forhold til deres børn. Det kan både dække over problemer i hverdagen eller i forbindelse med samkvems- eller anbringelsessager. Halvdelen heraf oplever ikke at have fået nogen hjælp til at håndtere sådanne problemer.

Endvidere er der en betydelig del af misbrugerne, der oplever at have fysiske problemer, boligproblemer og problemer med forsørgelse, arbejde eller uddannelse. Flest oplever at få hjælp til problemer med

forsørgelse, arbejde og uddannelse, mens en betydelig andel ikke oplever at få hjælp i forhold til boligproblemer.

Der er også en betydelig del af brugerne, der oplever, at de mangler hjælp og støtte i forbindelse med udslusning fra fx døgnbehandling, og ved afslutning af behandlingen. Knap en femtedel af brugerne angiver at have en støtte- og kontaktperson. På behandlingsstederne fremhæves SKP-ordningen generelt som en væsentlig styrkelse af muligheden for at give en opsøgende indsats over for brugerne, men en del behandlingsledere efterlyser SKP-medarbejdere særligt tilknyttet misbrugsbehandlingsstederne.

Undersøgelsen peger således på, at der er betydelige vanskeligheder med at etablere en tilstrækkelig helhedsorienteret indsats for gruppen af stofmisbrugere i behandling.

PÅRØRENDEINDDRAGELSE

Inddragelse af pårørende i behandlingen er belyst fra flere vinkler. Vi har både rettet spørgsmål til brugerne om inddragelsen af deres pårørende i bruger-surveyen og foretaget en spørgeskemaundersøgelse blandt pårørende til de brugere, der er blevet interviewet på behandlingscentre. Derudover har vi foretaget interview med pårørende tilknyttet pårørendeorganisationer og stillet spørgsmål om inddragelse af pårørende i surveyen til behandlingsstederne. Brugere blev spurgt, om vi måtte kontakte deres pårørende, og ca. 300 af de 1.000 brugere gav samtykke hertil og har opgivet kontaktoplysninger på deres pårørende. Enkelte brugere har opgivet kontaktoplysninger for flere pårørende. I alt har 315 pårørende deltaget i spørgeskemaundersøgelsen.

INDDRAGELSE AF PÅRØRENDE I BEHANDLINGEN

Der er en betydelig variation i behandlingsledernes vurdering af, hvorvidt de pårørende inddrages i brugernes behandling. 33 pct. svarer, at det ofte eller altid sker, hvis det er muligt. Omvendt svarer 23 pct., at det sjældent sker, og 3 pct., at det aldrig er tilfældet.

TABEL 11.1

Behandlingslederne fordelt efter deres vurdering af inddragelse af pårørende i brugernes behandling. Antal og procent.

	Antal	Procent
Altid, hvis det er muligt	13	12
Oft	23	21
Nogle gange	45	41
Sjældent	25	23
Aldrig	3	3
I alt	109	100

Kilde: Behandlingssteds-surveyen.

I bruger-surveyen er brugerne blevet spurgt, om deres pårørende er blevet inddraget i behandlingen. 42 pct. af brugerne svarer, at pårørende er blevet inddraget i behandlingen, mens de pårørende således ikke er blevet inddraget i behandlingen for 58 pct. af brugernes vedkommende. De pårørende er i højere grad blevet inddraget blandt de yngre brugere med 54 pct. blandt de 18-24-årige mod 32 pct. blandt brugere over 45 år.

TABEL 11.2

Brugerne fordelt efter om deres pårørende, fx venner, partner eller familie, er blevet inddraget i behandlingen, særskilt for alder. Procent og alder.

	Pårørende inddraget i behandlingen	Pårørende ikke inddraget i behandlingen	I alt procent	I alt antal
18-24 år	54	46	100	76
25-34år	48	52	100	252
35-44 år	43	57	100	424
45 år -	32	68	100	226
I alt	42	58	100	978

Anm.: $\chi^2 = 18,2$, $P < 0,001$, Gamma = 0,216, $p < 0,001$.

Kilde: Bruger-surveyen.

Der er også en variation i andelen, der har fået deres pårørende inddraget i behandlingen, i forhold til bytype. Andelen er højest i de mindre provinsbyer, hvor 54 pct. har haft pårørende inddraget. Det gælder kun 33 pct. i Københavns omegn.

TABEL 11.3

Brugere fordelt efter, om deres pårørende, fx partner, familie eller venner, er blevet inddraget i behandlingen, særskilt for bytype. Procent og antal.

	Pårørende inddraget i behandlingen	Pårørende ikke inddraget i behandlingen	I alt procent	I alt antal
Københavns Kommune	45	55	100	185
Københavns omegn	33	67	100	187
Århus, Odense, Aalborg, Esbjerg	37	63	100	264
> 30.000 indbyggere eller mere	45	55	100	179
< 30.000 indbyggere	54	46	100	161
I alt	42	58	100	976

Anm.: $\chi^2 = 19,6$, $p = 0,001$.

Kilde: Bruger-surveyen.

Der er således en betydelig del af brugerne, hvis pårørende ikke er blevet inddraget i behandlingen. Det er imidlertid ikke alle brugere, der ønsker deres pårørende inddraget i behandlingen. Brugere er også blevet spurgt, om de vurderer, at omfanget af inddragelsen af pårørende i behandlingen har været passende. Her viser det sig, at 71 pct. af brugerne mener, at de pårørende er blevet inddraget i et passende omfang, mens kun 15 pct. mener, at de pårørende er blevet inddraget for lidt. Også blandt de brugere, hvis pårørende ikke er blevet inddraget i behandlingen, mener kun 21 pct., at de pårørende er blevet inddraget for lidt, mens 60 pct. i denne gruppe mener, at de pårørende er blevet inddraget tilpas. En forholdsvis høj andel på 19 pct. af dem, der ikke har fået inddraget deres pårørende, svarer 'ved ikke' til spørgsmålet om pårørendeinddragelse. Blandt dem, som har fået deres pårørende inddraget, mener langt hovedparten (84 pct.), at de pårørende er blevet inddraget tilpas i behandlingen. 7 pct. mener, at de pårørende er blevet inddraget for meget, og 9 pct., at de pårørende er blevet inddraget for lidt.

TABEL 11.4

Brugerne fordelt efter deres vurdering af inddragelsen af pårørende, fordelt på om deres pårørende har været inddraget i behandlingen. Procent og antal.

	Pårørende inddraget for meget	Pårørende inddraget tilpas	Pårørende inddraget for lidt	Ved ikke	I alt procent	I alt antal
Pårørende inddraget i behandlingen	7	84	9	1	100	412
Pårørende ikke inddraget i behandlingen	1	60	21	19	100	528
I alt	3	71	15	11	100	940

Anm.: $\chi^2 = 134$, $p < 0,001$.

Kilder: Bruger-surveyen.

Der er endvidere en tendens til, at en højere andel af kvinderne (20 pct.) mener, at de pårørende er blevet inddraget for lidt, mens det kun gælder 13 pct. af mændene (ikke afbildet).

TABEL 11.5

Brugere med partner fordelt efter, om de ønsker, at partneren inddrages i behandlingen, fordelt på om partneren er misbruger. Procent og antal.

	Ønsker, at partneren inddrages i behandlingen	Ønsker ikke, at partneren inddrages i behandlingen	I alt procent	I alt antal
Partneren er misbruger	65	35	100	154
Partneren er ikke misbruger	46	54	100	214
I alt	54	47	100	368

Anm.: $\chi^2 = 13,2$, $p < 0,001$.

Kilde: Bruger-surveyen.

I forbindelse med inddragelsen af pårørende i behandlingen er det vigtigt at være opmærksom på, at en del af brugerne har en partner, der også er misbruger. Her er der en klar tendens til, at flere ønsker, at partneren inddrages i behandlingen, hvis partneren også er misbruger, mens færre

ønsker partneren inddraget i behandlingen, hvis partneren ikke er misbruger.

Endelig er der en tendens til, at brugere, der har børn, i højere grad ønsker, at partneren inddrages i behandlingen, end brugere uden børn. En yderligere analyse viser, at der ikke er stor forskel på andelen, der ønsker, at partneren skal inddrages, afhængigt af om børnene er hjemmeboende eller ej (ikke afbildet).

TABEL 11.6

Brugere med partner fordelt efter, om de ønsker, at partneren inddrages i behandlingen, fordelt på om brugeren har børn. Procent og antal.

	Ønsker, at partneren inddrages i behandlingen	Ønsker ikke, at partneren inddrages i behandlingen	I alt procent	I alt antal
Har børn	63	37	100	164
Har ikke børn	47	53	100	204
I alt	54	46	100	368

Anm.: $\chi^2 = 9,1$, $p = 0,003$.

Kilde: Bruger-surveyen.

Blandt hovedparten af brugerne er der således en oplevelse af, at omfanget af pårørendeinddragelse er passende, om end en mindre gruppe af brugerne mener, at de pårørende er blevet inddraget for lidt. Vi har i undersøgelsen også spurgt de pårørende om deres holdninger til og erfaringer med inddragelse i behandlingen. 77 pct. af de pårørende oplyser, at de i høj grad eller i nogen grad ønsker at blive inddraget i behandlingen. Kun 8 pct. siger, at de slet ikke ønsker dette. En yderligere opgørelse viser, at der er en tendens til, at kvindelige pårørende ønsker inddragelse i lidt højere grad end mandlige pårørende.

At have lyst til at blive inddraget kommer også tydeligt til udtryk i de kvalitative interview. En pårørende forælder siger:

Forældre giver jo ikke bare slip på deres børn, vi vil ikke miste vores børn, vi kæmper for dem (Mor til opiat-/blandingsmisbruger).

TABEL 11.7

Pårørende fordelt efter, i hvor høj grad de ønsker at blive inddraget i behandlingen. Antal og procent.

	Antal	Procent
I høj grad	175	56
I nogen grad	67	21
I mindre grad	45	14
Slet ikke	26	8
I alt	313	100

Kilde: Pårørende-surveyen

Blot én (0,3 pct.) af de pårørende giver udtryk for at føle sig inddraget for meget i behandlingen. 59 pct. angiver, at de synes, at de er blevet inddraget for lidt, mens lidt over en tredjedel (34 pct.) mener, at inddragelsen har været tilpas. 7 pct. har svaret 'ved ikke'.

TABEL 11.8

Pårørende fordelt efter deres oplevelse af, hvorvidt behandlingsstedet/misbrugscentret har inddraget dem for meget, for lidt eller tilpas i behandlingen af brugeren. Antal og procent.

	Antal	Procent
For meget	1	0,3
For lidt	186	59
Tilpas	106	34
Ved ikke	22	7
I alt	313	100

Kilde: Pårørende-surveyen

Der er således en forskel på brugernes og de pårørendes vurdering af inddragelsen af de pårørende. Hvor langt hovedparten af de pårørende ønsker en sådan inddragelse, og mange pårørende oplever, at de er blevet inddraget for lidt, mener hovedparten af brugerne, at inddragelsen af de pårørende har været af et passende omfang, herunder også brugere, hvis pårørende ikke er blevet inddraget.

Der kan være mange grunde til, at de pårørende i højere grad ønsker at blive inddraget i behandlingen, end det tilsyneladende er tilfældet for brugerne selv. Der kan være brugere, der ønsker at beskytte deres pårørende, fx efter mange års misbrug og ledsagende problematikker

omkring fx svigt, kriminalitet mv., men der kan også være brugere, der oplever, at relationen til deres pårørende er vanskelig. En del af forskellen kan således være udtryk for, at de pårørende ikke får den rette hjælp og støtte til at kunne håndtere de problematikker, der ledsager misbruget, både i forhold til brugerens situation og i forhold til relationen med brugeren. Som vi skal se nærmere på i det følgende afsnit, er det karakteristisk, at de pårørende i høj grad føler, at de har behov for støtte og hjælp samt bedre information og viden omkring misbruget.

BEHOV FOR STØTTE

Samtidig med at de pårørende generelt ønsker at støtte misbrugeren, herunder at blive inddraget i behandlingen, beskriver de pårørende i de kvalitative interview også, at der er mange vanskelige følelser og negative konsekvenser forbundet med at være pårørende til en misbruger. De pårørende beskriver, hvordan både parforhold og arbejdsforhold kan blive påvirket, og de beskriver følelser som skyld, skam, bekymring, desperation og afmagt. 65 pct. af de pårørende i surveyen angiver, at det i høj grad eller i nogen grad har været forbundet med negative konsekvenser for deres personlige situation at være pårørende til en misbruger.

TABEL 11.9

Pårørende fordelt efter, i hvor høj grad de oplever, at det at være pårørende til en misbruger har haft negative konsekvenser for deres personlige situation. Antal og procent.

	Antal	Procent
I høj grad	128	41
I nogen grad	76	24
I mindre grad	38	12
Slet ikke	67	21
Ved ikke	4	1
I alt	313	100

Kilde: Pårørende-surveyen

De pårørende er også blevet spurgt, om de mangler støtte. 63 pct. af de pårørende føler i høj grad eller i nogen grad, at de mangler støtte i forbindelse med deres pårørendes misbrug og behandling. Kun 12 pct. op-

lever slet ikke at have brug for dette. De interviewede pårørende påpeger især nødvendigheden af støtte, hvis det er et familiemedlem, som bliver afhængig. For når ét familiemedlem bliver stofafhængig, påvirker det alle i familien, deres følelser og sociale adfærd. Der ønskes hjælp til at tale om de dilemmaer og de konsekvenser, som et stofmisbrug kan medføre for familier med børn.

TABEL 11.10

Pårørende fordelt efter, i hvor høj grad de mangler støtte i forbindelse med brugers misbrug og behandling. Antal og procent.

	Antal	Procent
I høj grad	119	45
I nogen grad	68	28
I mindre grad	39	14
Slet ikke	26	12
Ved ikke	5	2
I alt	257	100

Kilde: Pårørende-surveyen

For de pårørende kan det være svært at lukke op for hemmeligheden om at være nær pårørende til en stofmisbruger og bede om hjælp. I de kvalitative interview kommer det frem, at mange har været bange for at tale åbent om det af frygt for at blive stemplet som 'dårlig forælder', og nogle udtrykker flovhed over at vise sig offentligt med en misbruger. Men fælles for dem alle har været, at de har udtrykt et stort behov for at have nogen at tale med om det, fx en psykolog eller terapeut.

I alt oplyser 15 pct. af de pårørende, at de har haft samtaler med en psykolog eller terapeut betalt af det offentlige i forbindelse med en pårørendes misbrug, og 71 pct. af disse har i høj grad/nogen grad oplevet, at samtalerne har hjulpet dem.

Af dem, som ikke har haft eller er blevet tilbudt samtaler med en psykolog eller terapeut i forbindelse med deres brugers misbrug, er der 62 pct., som oplyser, at de gerne ville have haft samtaler. Samlet tyder dette på, at der er et stærkt behov for denne hjælp til de pårørende; et behov, som bliver opfyldt for nogen og ikke opfyldt for andre.

Det er i højere grad kvindelige pårørende, som har haft samtaler med en psykolog eller terapeut. Dette kan være et udtryk for, at det i højere grad også er kvinderne, som oplever negative konsekvenser ved at

være pårørende til en stofmisbruger. Den store interesse for terapeutiske samtaler hos de pårørende er også et markant træk i interviewene, hvor mange pårørende eksplicit udtrykker, at de gerne ville have haft mulighed for at tale med en psykolog om deres livssituation, men ikke har haft råd til samtaler.

Samlet tegner der sig et billede af, at de pårørende ikke oplever, at der bliver taget hånd om deres situation. En mor, hvis søn har været stofmisbruger i over 10 år, udtrykker det på denne måde: ”Jeg mener ikke, at der er megen hjælp at søge som pårørende”. En anden mor fortæller, at hun kender til mange pårørende, som har haft brug for psykolog- og lægehjælp for at kunne holde tilværelsen ud, og en mor beretter da også, at:

Jeg spiser sovepiller for at kunne sove, lykkepiller for at kunne eksistere og gå på arbejde og for at kunne klare det hele (Mor til psykisk syg misbruger).

Nogle af de pårørende fortæller, at de har haft glæde af psykologsamtaler, fordi brugernes misbrug har svækket hele deres livssituation inklusiv arbejdsforhold og parforhold. Et forældrepar til en blandingsmisbruger udtrykker det på følgende måde:

Vi fører dagbog for at kunne overleve, for at kunne holde styr på, hvornår vores søn ringer, hvad han beder om, hvornår vi ses osv. (Forældrepar til misbruger).

Ud over psykologhjælp som en hjælpeforanstaltning for de pårørende fremhæves det i de kvalitative interview, at selvhjælpsgrupper/frivillige organisationer kan være til glæde for de pårørende. 30 pct. af de pårørende oplyser, at de har kendskab til selvhjælpsgrupper/frivillige organisationer for pårørende, men det er kun 6 pct. (22 personer), der er med i en selvhjælpsgruppe eller frivillig organisation for pårørende til en stofmisbruger.

MANGEL PÅ INFORMATION

Når man er pårørende til en stofmisbruger, opstår der også mange spørgsmål om misbrugsstoffer, deres virkning og bivirkninger. Og ikke mindst behandlingsmuligheder kommer i søgelyset. Behovet for information om misbrug og behandling spiller en væsentlig rolle hos de pårørende. Undersøgelsen viser, at det er et område, hvor der er behov for yderligere fokus.

De pårørende, som har fået information i forbindelse med deres brugers misbrug og behandling, har primært fået denne information fra brugeren selv (72 pct.).

TABEL 11.11

Pårørende fordelt efter, hvorfra de primært har fået information i forbindelse med brugerens misbrug og behandling. Antal og procent.

	Antal	Procent
Misbrugeren selv	227	72
Behandlingsstedet/misbrugscentret	72	23
Internettet	64	20
Venner/familie	45	14
Lægen	5	2
Kommunen	19	6
Frivillige organisationer	11	4
Ved ikke	7	2

Anm.: Tabellen summer til mere end 100 pct., da de pårørende havde mulighed for at angive flere kilder, hvorfra de havde fået kendskab.

Kilde: Pårørende-surveyen

En del har også modtaget information fra behandlingsstedet eller misbrugscentret (23 pct.) eller har søgt information på internettet (20 pct.). I de kvalitative interview beskriver mange af de pårørende, hvordan de i rådvildhed og søgen efter hjælp har søgt information forskellige steder, især via internettet, for at finde oplysninger om stofmisbrug, stoffers virkning samt lovgivningen på området. Andre fortæller om, hvordan de i begyndelsen af deres brugers misbrug ikke vidste, hvor de kunne hente relevant information.

72 pct. af de pårørende føler, at de i høj grad eller i nogen grad mangler information i forbindelse med brugers misbrug og behandling.

TABEL 11.12

Pårørende fordelt efter, i hvor høj grad de føler, at de mangler information i forbindelse med brugerens misbrug og behandling. Antal og procent.

	Antal	Procent
I høj grad	148	47
I nogen grad	76	24
I mindre grad	45	14
Slet ikke	41	13
Ved ikke	3	1
I alt	313	100

Kilde: Pårørende-surveyen

Nogle misbrugscentre og behandlingssteder udbyder kurser til pårørende, hvor der bl.a. fortælles om stoffernes virkning, stofmisbrug, behandlingsformer, sygdomme og smitterisici samt de sociale og behandlingsmæssige rettigheder på stofmisbrugsområdet. Ser vi på behandlingsstederne, oplyser en betydelig del af behandlingsstederne, at de har tilbud om pårørendekurser eller pårørendegrupper, og på 50 pct. af behandlingsstederne oplyses det, at der er tilbud om individuelle samtaler til de pårørende. På 27 pct. af behandlingsstederne oplyses det, at der ikke er tilbud til pårørende.

TABEL 11.13

Behandlingsstederne fordelt efter, hvilke tilbud de har til pårørende. Antal og procent.

	Antal	Pct.
Pårørendekurser eller pårørendegrupper	42	39
Individuelle samtaler	55	50
Andre tilbud	13	12
Ingen tilbud til pårørende	29	27

Anm.: n = 109. Behandlingsstederne har haft mulighed for flere svar, hvorfor procenterne ikke summer til 100.

Kilde: Behandlingssteds-surveyen.

Der er således grund til at være opmærksom på, om de pårørende mangler støtte, fordi der ikke er tilstrækkeligt med tilbud til dem, eller om de ikke benytter de tilbud, der er. Her kan der også rettes opmærksomhed

mod, om der er en tilstrækkelig oplysning til de pårørende om eksisterende tilbud fra behandlingsstedernes side.

Det viser sig, at 22 pct. af de pårørende har deltaget i informationsmøder for pårørende udbudt af behandlingsstedet/misbrugscentret eller kommunen. Af de 78 pct., som ikke har deltaget, har 11 pct. fået tilbud om at deltage i sådanne informationsmøder, mens 89 pct. ikke har fået et sådant tilbudt. Af de 89 pct., der ikke er blevet tilbudt at deltage i møder, angiver hele 80 pct., at de ville have deltaget i informationsmøderne, hvis de var blevet det tilbudt (ikke afbildet).

Størstedelen af de pårørende (81 pct.) oplyser endvidere, at de ikke er blevet tilbudt skriftligt informationsmateriale, fx foldere, om brugerens behandling.

VURDERING AF BEHANDLINGEN OG DEN ØVRIGE INDSATS

De pårørende er også blevet spurgt om deres vurdering af den behandling, som brugerne modtager. Her vil vi se nærmere på deres vurdering af både behandlingens målsætninger og dens indhold.

Langt hovedparten (72 pct.) af de pårørende er af den opfattelse, at det primære mål med en stofmisbrugsbehandling er at gøre brugerne stoffri. Cirka en femtedel (18 pct.) mener, at det primære mål er at mindske skadevirkningerne, mens 9 pct. angiver, at det må afhænge af brugeren.

TABEL 11.14

De pårørende fordelt efter, deres vurdering af, hvilket mål stofmisbrugsbehandlingen primært skal have. Antal og procent.

	Antal	Procent
Gøre brugerne stoffri	226	72
Mindske skadevirkningerne	57	18
Afhænger af brugeren	27	9
Ved ikke	2	1
I alt	312	100

Kilde: Pårørende-surveyen

Det er således tydeligt, at de pårørende primært forbinder stofmisbrugsbehandling med en målsætning om at gøre brugerne stoffri.

Går man tættere på dette spørgsmål og spørger om, hvilken målsætning de pårørende oplever, der vil være bedst for deres brugers behandling på nuværende tidspunkt, er det en lidt lavere procentandel, som foretrækker stoffri behandling. 18 pct. mener, at det at blive stoffri hurtigst muligt vil være den bedste målsætning, mens 46 pct. mener stoffrihed vil være den bedste målsætning på sigt. 22 pct. angiver, at det at blive nedtrappet og stabiliseret vil være den bedste målsætning, 3 pct. angiver 'noget andet' og 11 pct. 'ved ikke'.

TABEL 11.15

Pårørende fordelt efter deres oplevelse af den bedste målsætning for deres brugers behandling på nuværende tidspunkt. Antal og procent.

	Antal	Procent
Stoffri hurtigst muligt	57	18
Stoffri på sigt	145	46
Nedtrappet og stabiliseret	69	22
Noget andet	8	3
Ved ikke	34	11
I alt	313	100

Kilde: Pårørende-surveyen

Der er samtidig en betydelig del af de pårørende, der mener, at der har været for lidt fokus på stoffrihed i den behandling, brugeren har modtaget. 35 pct. svarer således, at der har været for lidt fokus på stoffrihed, mens 51 pct. svarer, at der har været tilpas fokus på stoffrihed.

TABEL 11.16

Pårørende fordelt efter, hvorvidt de oplever, at der er for meget, for lidt eller tilpas fokus på stoffrihed i brugerens behandling. Antal og procent.

	Antal	Procent
For meget	4	1
For lidt	108	35
Tilpas	158	51
Ved ikke	43	14
I alt	313	100

Kilde: Pårørende-surveyen

De pårørende er endvidere blevet bedt om at vurdere en række forhold omkring behandlingsstedet og den behandling og støtte, brugeren modtager.

Samlet set mener 40 pct. af de pårørende, at behandlingsstedet bruger for lidt tid på brugeren (ikke afbildet). Der er også en del af de pårørende, der ikke mener, at behandlingen er tilpasset brugerens behov. 26 pct. svarer således 'i mindre grad' eller 'slet ikke' til dette spørgsmål, og det er kun 25 pct., der mener, at behandlingen i høj grad er tilpasset brugerens behov. Et omdrejningspunkt for de interviewede pårørende er, at misbrugscentrene og behandlingscentrene i højere grad skal være opsøgende over for brugere, som ønsker behandling, herunder også i højere grad kunne tilbyde udgående støtte, fx hvis en bruger skal i retten, i banken osv. Det er deres vurdering, at det ved udeblevne møder på behandlingscentret/misbrugscentret er vigtigt, at behandlerne også opsøger brugerne, da udeblivelse ofte opleves som manglende motivation for behandling, hvilket ifølge de pårørende ikke altid er korrekt, men snarere kan være udtryk for, at brugeren har det dårligt.

TABEL 11.17

Pårørende fordelt efter deres oplevelse af, i hvor høj grad deres brugers behandling er tilpasset vedkommendes behov. Antal og procent.

	Antal	Procent
I høj grad	78	25
I nogen grad	119	38
I mindre grad	56	18
Slet ikke	25	8
Ved ikke	35	11
I alt	313	100

Kilde: Pårørende-surveyen

Hovedparten af de pårørende mener, at medarbejderne på behandlingsstederne er både fagligt kvalificerede og møder brugerne med forståelse og omsorg. En del (38 pct.) af de pårørende mener dog, at skiftende kontaktpersoner er et problem i brugerens behandling. Der er også en del af de pårørende (50 pct.), der mener, at misbrugscentret og andre dele af det offentlige system ikke eller kun i mindre grad samarbejder om at hjælpe brugeren (ikke afbildet).

Ser vi på de pårørendes vurdering af, om brugeren får hjælp i forhold til en række øvrige psykiske, fysiske og sociale problemer, er det karakteristisk, at en betydelig del af de pårørende ikke mener, at brugerne får den nødvendige hjælp til disse problemer. Da mange stofmisbrugere har psykiske problemstillinger, peger mange af de interviewede pårørende på, at der i højere grad bør arbejdes mere målrettet med at tilbyde psykiatrisk udredning til stofmisbrugere sammen med behandlingen for stofmisbrug. De pårørende foreslår, at der foregår en psykiatrisk udredning af brugeren, før en stofmisbrugsbehandling igangsættes.

I spørgeskemaundersøgelsen til de pårørende er det 69 pct. af de pårørende, der angiver, at brugeren har psykiske problemer. Det svarer således til ca. samme andel, som er angivet i bruger-surveyen. Heraf mener over halvdelen (58 pct.), at brugeren i mindre grad eller slet ikke får hjælp til sine psykiske problemer.

TABEL 11.18

Pårørende, hvis bruger har psykiske problemer fordelt efter, i hvor høj grad deres bruger får hjælp til sine psykiske problemer. Antal og procent.

	Antal	Procent
I høj grad	28	13
I nogen grad	43	20
I mindre grad	57	27
Slet ikke	66	31
Ved ikke	21	10
I alt	215	100

Kilde: Pårørende-surveyen

Det er de interviewede pårørendes oplevelse, at de psykisk syge stofmisbrugere ofte bliver katebold mellem misbrugscentret/behandlingsstedet og det psykiatriske system. De oplever det som essentielt at få skabt et rum til disse brugere, hvor der behandles både for stofmisbrug og den psykiatriske lidelse. De pårørende foreslår specialklinikker eller behandlingssteder, som tilbyder en integreret behandling for stofmisbrug og psykiatriske lidelser.

Et tilsvarende billede, hvad angår oplevelsen af manglende hjælp, ser vi, når vi spørger om fysiske problemer hos brugeren. 44 pct. af de pårørende angiver, at brugerne har fysiske problemer, og heraf

mener 56 pct., at brugerne kun i mindre grad eller slet ikke får hjælp til disse problemer.

TABEL 11.19

Pårørende, hvis bruger har betydelige fysiske problemer eller sygdomme, fordelt efter i hvor høj grad de oplever, at brugeren får hjælp til sine fysiske problemer. Antal og procent.

	Antal	Procent
I høj grad	20	15
I nogen grad	32	24
I mindre grad	33	24
Slet ikke	44	32
Ved ikke	7	5
I alt	136	100

Kilde: Pårørende-surveyen

Hvad angår en række øvrige sociale forhold, tegner der sig generelt det samme billede af, at en betydelig del af de pårørende ikke mener, at brugeren får den hjælp, han har brug for til at løse disse problemer. Det gælder problemer i forhold til boligsituationen, arbejde og uddannelse, børn, kriminalitet, gæld og administration af brugerens økonomi.

Ligeledes mener en betydelig andel af de pårørende, at der ikke bliver taget tilstrækkeligt hånd om brugeren ved udslusning fra behandling. Cirka halvdelen af de pårørende, som er pårørende til brugere, der tidligere har været i behandling og afsluttet denne planmæssigt, mener således, at der kun i mindre grad eller slet ikke er blevet taget hånd om brugeren ved udslusningen. En yderligere opgørelse viser, at en meget høj andel af disse pårørende særligt fremhæver, at brugeren ikke fik den fornødne hjælp til at fastholde stoffrihed efter udskrivningen fra behandlingen. De interviewede pårørende peger på vigtigheden af den menneskelige kontakt efter behandlingen, og at brugerne i udslusningsfasen får tildelt en person, som de kan knytte sig til, og som er vedholdende over tid. En person, som kontakter de tidligere brugere indimellem, og som de kan 'læne sig op ad'. Mange pårørende har også nævnt, at brugernes netværk har en afgørende betydning for vellykket behandling. Særligt vigtigt er det, at brugeren har et solidt og støttende netværk uden for stofmiljøet. Ofte har stofmisbrugere ikke noget større netværk at trække

på i svære situationer, hvorfor det er vigtigt, at behandlerne også tager hånd om brugerens netværk, fx familien

TABEL 11.20

Pårørende, der oplever, at brugeren har brug for hjælp til at løse problemer inden for en række områder, fordelt efter, i hvor høj grad de oplever, at brugeren får den hjælp han/hun har brug for til at løse disse problemer. Procent.

	Boligsituation	Arbejde, uddannelse, forsørgelse	Børn	Egen kriminalitet	Gæld	Administration af økonomi
I høj grad	7	13	19	15	4	13
I nogen grad	22	29	34	23	13	19
I mindre grad	20	21	13	15	18	22
Slet ikke	43	30	25	40	55	37
Ved ikke	9	7	9	8	9	9
I alt	100	100	100	100	100	100
Antal	120	166	53	62	180	139

Anm.: Det er kun de pårørende, der oplever, at deres brugere har brug for hjælp til at løse problemer inden for det enkelte område, som er blevet stillet dette spørgsmål. Derfor er respondentgruppen (n) forskellig for hvert af de seks områder.

Kilde: Pårørende-surveyen

TABEL 11.21

Pårørende til brugere, som tidligere har været i behandling, og som har afsluttet behandlingen planmæssigt fordelt efter, i hvor høj grad de oplever, at der bliver taget hånd om brugerens udslusning fra tidligere behandlinger. Antal og procent.

	Antal	Procent
I høj grad	14	16
I nogen grad	16	18
I mindre grad	23	26
Slet ikke	28	32
Ved ikke	8	9
I alt	89	100

Kilde: Pårørende-surveyen

Samlet set er det 38 pct. af de pårørende, der giver udtryk for, at de er meget tilfredse eller tilfredse med den hjælp, brugeren har fået til sine

ovrigte problemer, mens 37 pct. er utilfredse eller meget utilfredse med denne hjælp.

TABEL 11.22

Pårørende fordelt efter, hvor tilfredse de alt i alt er med den hjælp, brugeren har fået til sine problemer ud over sit misbrug Antal og procent.

	Antal	Procent
Meget tilfreds	22	7
Tilfreds	97	31
Hverken eller	60	19
Utilfreds	71	23
Meget utilfreds	43	14
Ved ikke	20	6
I alt	313	100

Kilde: Pårørende-surveyen

OPSUMMERING

Undersøgelsen giver et flertydigt billede, hvad angår oplevelsen af de pårørendes inddragelse i stofmisbrugsbehandlingen. 33 pct. af behandlingsstederne oplyser, at pårørendeinddragelse altid sker, hvis det er muligt. 23 pct. af behandlingsstederne siger, at det sjældent sker, og 3 pct. mener, at det aldrig er tilfældet.

I bruger-surveyen angiver 42 pct. af misbrugerne, at de pårørende er blevet inddraget i behandlingen, og således er der for 58 pct. af brugernes vedkommende ikke sket en pårørendeinddragelse. Hvad angår brugernes ønske om inddragelse af de pårørende i deres behandling, ses, at hovedparten af brugerne (71 pct.) oplever, at omfanget af pårørendes inddragelse er tilpas. Dog er der en mindre gruppe blandt brugerne (15 pct.), der giver udtryk for, at de pårørende er blevet inddraget for lidt. Vender vi blikket mod de pårørende, kan vi se, at en stor andel af de pårørende (77 pct.) ønsker inddragelse, men mange pårørende (59 pct.) oplever at blive inddraget for lidt i behandlingen.

Undersøgelsen viser, at det er vigtigt for de pårørende at kunne få bearbejdet deres følelser samt de forsvarsmekanismer, som fremkommer, når man lever sammen med eller er tæt knyttet til en stofmis-

bruger. Det er således et markant ønske fra de pårørende, at der i højere grad tilbydes støtte til de pårørende, fx via pårørendeorganisationer/selvhjælpsgrupper og psykologhjælp.

Kun en mindre andel af de pårørende oplyser at have haft samtaler med en psykolog eller terapeut betalt af det offentlige i forbindelse med brugers misbrug. Hovedparten af dem, der har haft denne slags samtaler, oplever i høj grad eller i nogen grad, at samtalerne har været udbytterige. Mange pårørende, som ikke er blevet tilbudt samtaler med en psykolog eller terapeut, angiver, at de gerne ville have haft sådanne samtaler. Samlet tyder dette på, at der er et betydeligt behov for en sådan hjælp til de pårørende.

Mange pårørende oplever at mangle information om stofmisbrug og behandlingen heraf. Det viser sig, at de pårørende, som har modtaget information i forbindelse med deres brugers stofmisbrug og dennes behandling, hovedsagelig har fået informationen fra brugeren selv, men en del pårørende har også fået information fra behandlingsstedet eller misbrugscentret eller har selv søgt den via internettet. Her kan der først og fremmest rettes opmærksomhed mod, at det er problematisk, at manglen på information og støtte betyder, at det er misbrugerne, der udgør den væsentligste kilde til viden om misbrug for de pårørende, herunder at misbrugeren ud over at forholde sig til sin egen behandlingssituation også skal videreformidle informationer til sine pårørende.

De fleste behandlingssteder angiver i en eller anden grad at have tilbud til de pårørende, eksempelvis pårørendekurser eller -grupper. Der er dog 27 pct. af behandlingsstederne, som ikke har tilbud til de pårørende. 22 pct. af de pårørende har deltaget i informationsmøder for pårørende udbudt af behandlingsstedet/misbrugscentret eller kommunen. Af de 78 pct., som ikke har deltaget, har 11 pct. fået tilbud om at deltage i sådanne informationsmøder. Af de 89 pct., der ikke er blevet tilbudt at deltage i møder, angiver hele 80 pct., at de ville have deltaget i informationsmøderne, hvis de var blevet det tilbudt.

Spørgsmålet er, om de pårørende oplever at mangle tilbud, fordi der ikke er tilfredsstillende med tilbud til dem, eller fordi de ikke profiterer af de tilbud, der er. En tredje mulighed er, at de pårørende ikke i tilstrækkelig grad bliver orienteret om eksisterende tilbud til pårørende fra behandlingsstedernes side.

Der er også grund til at rette fokus på det forhold, at hovedparten af de pårørende mener, at de ikke er blevet inddraget tilstrækkeligt og

gerne ville have været inddraget mere i behandlingen, mens hovedparten af de brugere, der ikke har fået inddraget deres pårørende, mener, at omfanget af pårørendeinddragelse er tilpas. Det kan være udtryk for, at en del brugere ønsker at beskytte deres pårørende eller blot ikke ønsker inddragelse af deres pårørende, men det kan også være et symptom på, at en del pårørende ikke har fået den rette hjælp og vejledning til at kunne støtte brugeren.

BEHANDLINGENS BETYDNING FOR BRUGERENS LIVSSITUATION

I dette kapitel afdækker vi, hvilken situation brugere af behandlingssystemet i 2006 befandt sig i 2-3 år efter i 2008/2009, og om der kan observeres nogle sammenhænge mellem behandlingstilbuddenes karakter og brugernes senere stofsituation og øvrige livssituation.

Udgangspunktet for denne delundersøgelse har været et ønske om at kunne afdække, hvilke effekter behandlingen har for brugernes situation. Det har dog inden for undersøgelsens rammer ikke været muligt at gennemføre et egentligt effektstudie, hvor der trækkes lod mellem en forsøgsgruppe og en kontrolgruppe, der modtager en forskellig behandlingsindsats. Ved sådanne lodtrækningsforsøg kan det undersøges, om det har en positiv effekt fx at give en højere behandlingsintensitet (som hyppigere ambulante samtaler) eller at anvende bestemte behandlingsmetoder.

I stedet for et egentligt effektstudie har vi udvalgt en gruppe af brugere, der var indskrevet i behandlingssystemet i 2006, og undersøger ved hjælp af et spørgeskema, hvad der kendetegner disse brugeres stofsituation og øvrige livssituation på interviewtidspunktet i 2008/2009. Ved at sammenholde brugernes stofmisbrug og livssituation i 2008/2009 med den behandling de tidligere har modtaget, får vi nogle indikationer på virkningen af de forskellige behandlingstyper og intensiteter. Her skal det dog tages i betragtning, at der kan være såkaldte selektionseffekter, der

kan virke ind på de sammenhænge vi kan observere mellem behandlingsindsatser og nuværende livssituation. Fx kan det være, at bestemte brugergrupper i højere grad har modtaget bestemte behandlingstyper, fx at nogle behandlingstyper i højere grad gives til enten de mere ressourcerstærke eller mere ressourcetsvage brugere, eller til brugere som vurderes at have særligt vanskeligt ved at komme ud af misbruget. Vi har forsøgt at tage højde for en del af sådanne selektionseffekter ved i analyserne at inddrage en række baggrundsvARIABLE, som fx om personen har været anbragt som barn, har en ubetinget dom mv. Der vil dog formentlig stadig kunne gøre sig selektionseffekter gældende, hvilket skal tages i betragtning i forbindelse med fortolkningen af parametrene i de statistiske modeller i de følgende afsnit.

Den sociale stofmisbrugsbehandling sigter mod stoffrihed for de brugere, som er i stand til dette, og reduktion og stabilisering af stofindtaget for de øvrige brugere. Formålet med begge strategier er at begrænse brugen af illegale stoffer for dermed at begrænse de skadesvirkninger, misbruget medfører. I dette kapitel undersøger vi, hvilke brugere der bliver helt stoffri, og hvilke brugere der ophører med brugen af illegale stoffer, men evt. stadig tager substitutionsmedicin.

Som nævnt i kapitel 10 er også et fokus på den helhedsorienterede indsats vigtigt. Det er således centralt ikke udelukkende at vurdere virkningen af den sociale stofmisbrugsbehandling i forhold til, om brugeren ophører med sit forbrug af illegale stoffer eller bliver helt stoffri. Brugerens sociale situation og helbred er også vigtige parametre i vurderingen af resultaterne af indsatsen for stofmisbrugere.

STOFFRIHED

Som det fremgår af tabel 12.1, har 28 pct. af brugerne hverken taget illegale stoffer eller substitutionsmedicin den seneste måned inden interviewet, og de defineres derfor som helt stoffri. 20 pct. af brugerne har taget substitutionsmedicin, men ingen illegale stoffer, 17 pct. har kun taget illegale stoffer, mens 34 pct. både har taget illegale stoffer og substitutionsmedicin. Her skal det understreges, at stofmisbruget kun er beskrevet for den seneste måned inden interviewet, og at stoffri brugere således ikke nødvendigvis har været stoffri længere end denne periode.

Blandt de brugere, som tog illegale stoffer på interviewtidspunktet, er der især et forbrug af hash, idet 39 pct. af alle brugerne havde røget hash den seneste måned op til interviewet. 25 pct. af brugerne har desuden et forbrug af alkohol på mere end de anbefalede maksimumsindtagelse på 14/21 genstande om ugen. 9 pct. af brugerne har udelukkende røget hash den seneste måned og har ikke taget andre illegale stoffer, mens 42 pct. af brugerne har taget andre illegale stoffer end hash.

TABEL 12.1

Brugerne fordelt efter, deres forbrug af stoffer, herunder illegale stoffer og substitutionsmedicin, den seneste måned inden interviewet. Procent og antal.

	Procent	Antal
Helt stoffri brugere	28	357
Brugere, som kun har taget substitutionsmedicin	20	257
Brugere, som kun har taget illegale stoffer	17	218
Brugere, som har taget både illegale stoffer og substitutionsmedicin	34	429
I alt	100	1.261

Kilde: Surveyen til tidligere brugere.

I tabel 12.2 præsenterer vi tre modeller for brugernes sandsynlighed for at være helt stoffri i den seneste måned op til interviewet. I den første model inkluderer vi foruden baggrundsvariablene en række variable om de overordnede behandlingstyper og behandlingsintensiteten. I den efterfølgende model tilføjer vi variable, som beskriver den helhedsorienterede indsats, som brugeren har modtaget. Den tredje og sidste model adskiller sig fra model 2 ved, at spørgsmålet om, hvorvidt man har deltaget i NA-møder, er udeladt. Vi har udeladt denne variabel, fordi NA-møder overvejende henvender sig til brugere, som allerede er stoffri, og som ønsker at fastholde stoffriheden. Variablen afspejler derfor i nogen grad en på forhånd selekteret stoffri brugergruppe.

Af model 1 fremgår det, at brugere, som har været i substitutionsbehandling, har markant lavere sandsynlighed for at være stoffri på interviewtidspunktet end brugere, som ikke har været i substitutionsbehandling. Med til billedet hører dog, at brugere i substitutionsbehandling, som samtidig har haft en målsætning om stoffrihed integreret i behandlingsforløbet, har større sandsynlighed for at være stoffri end substitutionsbrugere, som ikke har haft en sådan målsætning. Det kan dog være

udtryk for, at de brugere, der har haft en målsætning om stoffrihed, også er de brugere, for hvem en sådan målsætning har været mest realistisk. Resultaterne viser dog samtidig, at også brugere, som har været i substitutionsbehandling og har været i et behandlingsforløb med en målsætning om stoffrihed, har mindre sandsynlighed for at være blevet stoffri end brugere, som ikke har modtaget substitutionsbehandling.

Indikatoren for behandlingsintensitet er overordnet signifikant i modellen, men referencekategorien 'ad hoc-ydelser' adskiller sig ikke signifikant fra de øvrige kategorier. Af odds ratio-værdierne fremgår det dog, at signifikante forskelle i stedet skal findes mellem brugere, der har været i døgnbehandling, og brugere, som har modtaget henholdsvis ambulant behandling og dagbehandling. Således tyder resultaterne på, at brugere i døgnbehandling har større sandsynlighed for at være stoffri end brugere, som har modtaget ambulant behandling eller dagbehandling.

Der er ikke signifikant sammenhæng mellem de øvrige behandlingsvariable – dvs. om brugerne har modtaget psykologsamtaler, gruppebehandling, samtaler med andet personale eller har deltaget i fritidsaktiviteter – og brugerens sandsynlighed for at være helt stoffri. At sådanne sammenhænge ikke findes her, kan skyldes, at indikatoren for, om brugerne har fået disse behandlingstyper, er forholdsvis udetaljeret, idet der fx ikke skelnes mellem, om brugerne har fået én eller få psykologsamtaler, eller om de har fået sådanne samtaler hver uge over en længere periode. Det kan således ikke udelukkes, at en sammenhæng mellem disse behandlingstyper og brugerens sandsynlighed for at være stoffri, ville kunne identificeres med mere detaljerede informationer.

Her skal der også gøres opmærksom på, at effekten af specifikke indsatsstyper som psykologsamtaler eller hyppigheden af samtaler som tidligere nævnt ideelt vil kunne belyses gennem randomiserede, kontrollerede forsøg, hvor en indsatsgruppe modtager indsatsen, og en kontrolgruppe ikke modtager indsatsen. Her elimineres betydningen af selektionseffekter gennem lodtrækning om, hvem der modtager indsatsen.

Et nærmere blik på baggrundsvariablenes sammenhæng med sandsynligheden for stoffrihed viser, at de kvindelige brugere har større sandsynlighed for at være stoffri end de mandlige brugere. Ydermere har brugere, som i 2006 havde en faglig eller videregående uddannelse, større sandsynlighed for at være stoffri end brugere, som havde folkeskolen som højest afsluttede uddannelsesniveau. Brugere, som har været anbragt som børn, brugere, som har haft psykiske problemer de seneste 3 år, og

brugere, som har været i behandling tidligere, har derimod mindre sandsynlighed for at være stoffri. Derimod er hverken alder, etnicitet, familietype, antal hospitalsindlæggelser, om brugeren har en ubetinget fængselsstraf eller bytype i 2006 signifikant sammenhængende med, om brugeren er helt stoffri.

I model 2 og 3 er foruden de variable, som dannede grundlag for model 1, inkluderet variable, som beskriver, hvilken hjælp brugerne har modtaget i de seneste 2-3 år til at løse problemer ud over deres stofmisbrug. Disse modeller belyser således betydningen af en helhedsorienteret indsats. Resultaterne i disse modeller afspejler samme tendenser som i model 1, når det drejer sig om behandlingsintensitet og substitutionsbehandling, og hvorvidt der i behandlingsforløbet har været en målsætning om stoffrihed.

TABEL 12.2

Logistisk regressionsanalyse af, om brugeren er helt stoffri,
(dvs. hverken tager substitutionsmedicin eller illegale stoffer).

	Model 1 Odds ratio	Signifi- kans- niveau	Model 2 Odds ratio	Signifi- kans- niveau	Model 3 Odds ratio	Signifi- kans- niveau
Kvinde	1,856	**	1,567	*	1,828	**
Indkomsttype						
Løn eller SU	Ref.		Ref.		Ref.	
Kontanthjælp mv.	0,663	*	0,585	**	0,652	*
Førtidspension mv.	0,284	***	0,323	***	0,342	***
Andet	0,463	*	0,473	*	0,419	*
Familietype						
Enlig uden børn			Ref.		Ref.	
Enlig med hjemmebo- ende børn			1,714		1,684	
Samlevende uden hjemmeboende børn			0,951		1,009	
Samlevende med hjemmeboende børn			2,259	**	2,523	**
Uddannelse						
Højest 10. klasse	Ref.				Ref.	
Gymnasial uddannelse	0,728				0,744	
Faglig uddannelse	1,745	**			1,602	*
Videregående uddannelse	2,265	*			2,242	
Har været anbragt som barn	0,670	*				
Forældre havde psyki- ske problemer eller problemer med alko- hol/stoffer					0,678	*
Har haft psykiske pro- blemer de seneste 3 år	0,466	***	-	-	-	-
Har tidligere været i stofmisbrugs- behandling	0,692	*	0,633			
Hovedmisbrugsstof					*	
Opiater					Ref.	
Opiater og andre stoffer					1,686	
Centralstimulerende stoffer					2,199	**
Hash					1,266	
Benzodiazepiner og andet					1,722	

(Fortsættes)

TABEL 12.2 (FORTSAT)

Logistisk regressionsanalyse af, om brugeren er helt stoffri,
(dvs. hverken tager substitutionsmedicin eller illegale stoffer).

	Model 1 Odds ratio	Signifi- kants- niveau	Model 2 Odds ratio	Signifi- kants- niveau	Model 3 Odds ratio	Signifi- kants- niveau
Behandlingsintensitet		***		*		**
Ad hoc	Ref.		Ref.		Ref.	
Ambulant	0,720		0,733		0,699	
Dag	0,588		0,637		0,573	
Døgn	1,607		1,251		1,399	
Substitutionsbehandling	0,043	***	0,057	***	0,054	***
Har haft samtaler med behandler			0,525	**	0,548	**
Stoffri behandlings- målsætning	1,102		0,964		0,942	
Graden behandlingen har fokuseret på årsa- ger til stofmisbruget	-	-				
1 – Slet ikke			Ref.		Ref.	
2			1,028		1,115	
3			1,940	*	1,931	*
4			2,017	*	1,938	*
5 – I meget høj grad			2,110	**	2,331	**
Substitutionsbehand- ling * Stoffri behand- lingsmålsætning	5,838	***	6,263	***	6,411	***
Har fået hjælp til psykiske problemer	-	-				
Har ingen psykiske problemer			Ref.		Ref.	
1 – Slet ikke			0,287	***	0,237	***
2			0,407	**	0,481	*
3			0,402	**	0,403	**
4			0,499	*	0,411	**
5 – I meget høj grad			0,637		0,597	
Om behandlingen har hjulpet til bedre soci- alt netværk	-	-				
1 – Slet ikke			Ref.		Ref.	
2			0,951		0,880	
3			0,951		0,811	
4			1,339		1,158	
5 – I meget høj grad			2,144	**	1,980	*

(Fortsættes)

TABEL 12.2 (FORTSAT)

Logistisk regressionsanalyse af, om brugeren er helt stoffri, (dvs. hverken tager substitutionsmedicin eller illegale stoffer).

	Model 1 Odds ratio	Signifi- kans- niveau	Model 2 Odds ratio	Signifi- kans- niveau	Model 3 Odds ratio	Signifi- kans- niveau
Har boet i udslusnings- bolig el.lign.	-	-			1,883	*
Har deltaget i NA-møde	-	-	2,043	***	-	-
Konstant	2,655		2,027		1,324	
N	1.178		1.035		1.090	

Anm.: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$, - angiver, at variablen ikke er medtaget i model-søgningen.

Model 1 viser, at brugere, som har haft psykiske problemer de seneste 3 år, har mindre sandsynlighed for at være stoffri end brugere, som ikke har haft psykiske problemer i perioden. Model 2 og 3 viser, at der er signifikant sammenhæng mellem den indsats, brugere med psykiske problemer har modtaget de seneste 3 år, og sandsynligheden for, at de har været stoffri den seneste måned op til interviewet. Brugere, som har oplevet, at de i meget høj grad har modtaget hjælp til deres psykiske problemer, har samme sandsynlighed for at være stoffri som brugere uden sådanne psykiske problemer. Chancen for at være stoffri er altså den samme for brugere, som har modtaget intensiv hjælp til deres psykiske problemer, og for brugere, som ikke har psykiske problemer. Der er en tendens til, at i jo højere grad brugeren har modtaget hjælp til sine psykiske problemer, jo større er sandsynligheden for, at brugeren er stoffri.

Hjælp til at forbedre brugerens sociale netværk er ligeledes korreleret med sandsynligheden for stoffrihed. Brugere, som mener, at behandlingen i meget høj grad har hjulpet dem til et bedre socialt netværk, har således øget sandsynlighed for at være stoffri sammenholdt med brugere, som mener, at behandlingen slet ikke har forbedret deres sociale netværk.

Når indikatorerne for en helhedsorienteret indsats medtages i modellerne, er der noget overraskende en negativ sammenhæng mellem, hvorvidt brugerne har fået samtaler i enrum med en behandler og sandsynligheden for at være blevet stoffri. Resultatet kan sandsynligvis tilskrives, at langt hovedparten af brugerne har fået behandlersamtaler. For-

skellen kan således være et udtryk for, at en mindre gruppe af forholdsvis ressourcestærke brugere er blevet stoffri uden sådanne samtaler.

Model 2 viser, at brugere, som har været til NA-møder inden for de seneste 3 år, har større sandsynlighed for at være stoffri. Denne sammenhæng kan dog, som tidligere nævnt, skyldes, at NA-møderne overvejende henvender sig til brugere, som allerede er stoffri og ønsker at fastholde stoffriheden. Når spørgsmålet om, hvorvidt brugerne har været til møder i NA, udelades i model 3, er der signifikant sammenhæng mellem at have boet i udslusningsbolig, halvvejshus eller kriminalforsorgspension inden for de seneste 3 år og sandsynligheden for stoffrihed, idet brugere, som har modtaget disse botilbud, har større sandsynlighed for at være stoffri end brugere, som ikke har. Denne sammenhæng kan være udtryk for, at de brugergrupper, som tilbydes udslusningsboliger osv., også overvejende er dem, som anbefales at deltage i NA-møder.

Med hensyn til baggrundsvARIABLENE er der ingen signifikant sammenhæng mellem, om brugeren er stoffri og brugerens etnicitet, behandlingstid, om brugeren har en ubetinget straf, har været indlagt endsige, hvilken bytype brugeren var bosat i i 2006. Derimod er der i alle tre modeller en entydig tendens til, at kvinder har større sandsynlighed for at være stoffri end mænd, og at brugere, hvis indkomstgrundlag var løn, SU eller revalidering i 2006, har større sandsynlighed for at være stoffri end brugere, som modtog henholdsvis overførselsindkomster og førtidspension mv.

BRUG AF ILLEGALE STOFFER

I stofmisbrugsbehandlingen er der generelt en forståelse af, at det ikke er muligt for alle brugere at blive helt stoffri, og for disse brugere fokuserer behandlingen på at reducere skaderne af misbruget. Et centralt værktøj i den skadesreducerende tilgang er substitutionsbehandling, som har til formål at erstatte brugerens forbrug af illegale stoffer og dermed mindske de skadesvirkninger, som følger af brug af illegale stoffer. I dette afsnit undersøger vi derfor, om de 49 pct. af brugerne, som ikke tager illegale stoffer, adskiller sig fra de øvrige med hensyn til, hvilken stofmisbrugsbehandling og hjælp til øvrige problemer de har fået.

I tabel 12.3 præsenterer vi tre modeller for sandsynligheden for, at brugeren ikke har taget illegale stoffer den seneste måned inden inter-

viewet. I den første model (model 4) inkluderes en række variable, der beskriver brugeren og den behandling, brugeren har fået for sit stofmisbrug de seneste 3 år. I den anden model (model 5) inkluderes, ud over variablene fra model 4, variable, som beskriver den helhedsorienterede indsats, brugeren har fået de seneste 3 år, og tilgangen i behandlingen generelt. Den tredje model (model 6) indeholder samme variable som model 5, dog er indikatoren for, om brugeren har været til et NA-møde udeladt, idet NA-møder primært henvender sig til brugere, som allerede er stoffri. Modellerne viser sandsynligheden for, at brugerne *ikke* har taget illegale stoffer den seneste måned.

Model 4 viser, at brugere, som har været i substitutionsbehandling, har en væsentligt højere sandsynlighed for at have taget illegale stoffer den seneste måned end brugere, der ikke har været i substitutionsbehandling. For brugere, som har været i stofmisbrugsbehandling, som havde som målsætning at gøre brugeren helt stoffri, dvs. hverken tage illegale stoffer eller substitutionsmedicin, er forskellen dog væsentligt mindre. Det er altså særligt brugere, som har fået substitutionsbehandling, uden det har været målsætningen, at de på et tidspunkt skulle blive stoffri, som har taget illegale stoffer.

Modellen viser samtidig, at for brugere, som har været i behandling, som havde som målsætning at gøre brugeren stoffri, er der en positiv sammenhæng mellem at have været i døgnbehandling og ikke at have taget illegale stoffer. For brugere, som har været i stoffri behandling, er der derimod ikke nogen signifikant forskel på sandsynligheden for at have taget illegale stoffer, alt efter om brugeren har modtaget ad hoc-samtaler, ambulant behandling eller dagbehandling. For brugere i behandlingsforløb, hvor de skal blive helt stoffri, har brugere, som har været i døgnbehandling, en mindre risiko for at have taget illegale stoffer den seneste måned inden interviewet.

For brugere, som ikke har været i stoffri behandlingsforløb, er der ikke forskel på sandsynligheden for, at brugeren har taget illegale stoffer, alt efter om de har modtaget ad hoc-samtaler, ambulant behandling eller døgnbehandling, mens der er en lidt større sandsynlighed for at have taget illegale stoffer blandt brugere, der har været i dagbehandling.

Disse forskelle er sandsynligvis et udtryk for, at der findes flere forskellige typer dag- og døgnbehandling. Dag- og døgnbehandlingstilbud, som primært fokuserer på at give brugerne stabilitet og omsorg i hverdagen, vil således ofte have meget mindre fokus på at begrænse bru-

gen af illegale stoffer end dag- og døgnbehandlingstilbud, hvor formålet er, at brugerne skal blive stoffri.

Der er desuden en tendens til, at kvinder har en mindre sandsynlighed for at have taget illegale stoffer end mænd, når der tages højde for de øvrige variable i analysen. Enlige brugere med børn har noget større sandsynlighed for ikke at have taget illegale stoffer end enlige uden børn, mens par med hjemmeboende børn har den mindste sandsynlighed for at have taget illegale stoffer. Også brugere med en faglig uddannelse har en mindre sandsynlighed for at have taget illegale stoffer, mens brugere, som tidligere har været i stofmisbrugsbehandling, har en højere sandsynlighed for at have taget illegale stoffer. Derudover har brugere, som har haft alvorlige psykiske problemer, som de har haft brug for hjælp til det seneste år, noget større sandsynlighed for at have taget illegale stoffer.

Der er derimod ikke nogen signifikant sammenhæng mellem de øvrige behandlingsvariable – dvs. om brugerne har modtaget psykologsamtaler, samtaler med andet personale, gruppebehandling eller har deltaget i fritidsaktiviteter – og sandsynligheden for, at brugeren har taget illegale stoffer den seneste måned inden interviewet. At sådanne sammenhænge ikke findes, kan som nævnt skyldes, at indikatorerne for, om brugerne har fået en sådan behandling, er forholdsvis udetaljerede. Det kan ikke udelukkes, at en sammenhæng mellem, om brugeren har taget illegale stoffer og disse behandlingstyper, ville findes med mere detaljerede informationer.

Med hensyn til baggrundsvariablene er der ingen signifikant sammenhæng mellem, om brugerne har taget illegale stoffer og brugerens etnicitet, indtægtstype, hovedmisbrugsstof, behandlingstid, om brugeren har været anbragt som barn, har en ubetinget straf, har været indlagt, eller om brugerens forældre er misbrugere eller psykisk syge, samt den bytype brugeren boede i i 2006.

I model 5 er der ud over variablene fra model 4 inkluderet en række variable, som beskriver, hvilken indsats brugeren har fået i forbindelse med problemer ud over misbrug de seneste 3 år.

TABEL 12.3

Logistisk regressionsanalyse af, om brugerne ikke har taget illegale stoffer den seneste måned inden interviewet.

	Model 4 Odds ratio	Signifi- kans- niveau	Model 5 Odds ratio	Signifi- kans- niveau	Model 6 Odds ratio	Signifi- kans- niveau
Kvinde	1,593	**	1,507	**	1,660	**
Alder		*		*		
-24 år	Ref.		Ref.			
25-34 år	0,914		1,067			
35-44 år	0,733		0,792			
45- år	1,284		1,388			
Familietype		***		***		***
Enlig uden børn	Ref.		Ref.		Ref.	
Enlig med hjemmeboende børn	1,419		1,441		1,487	
Samlevende uden hjemmeboende børn	1,041		1,109		1,043	
Samlevende med hjemmeboende børn	3,808	***	3,382	***	3,234	***
Uddannelse		*				*
Højest 10. klasse	Ref.				Ref.	
Gymnasial uddannelse	0,990				0,905	
Faglig uddannelse	1,661	**			1,585	**
Videregående uddannelse	1,449				1,657	
Har tidligere været i stofmisbrugsbehandling	0,668	**	0,695	*	0,735	*
Behandlingsintensitet		*				*
Ad hoc	Ref.				Ref.	
Ambulant	0,938				0,874	
Dag	0,526	**			0,520	**
Døgn	0,732				0,693	
Substitutionsbehandling	0,454	***	0,555	**	0,497	***
Stoffri behandlingsmålsætning	0,718		0,893		0,602	
Behandlingsintensitet * Stoffri behandlingsmålsætning		*				*
Ad hoc * Stoffri behandlingsmålsætning	Ref.				Ref.	
Ambulant * Stoffri behandlingsmålsætning	0,844				0,972	

(Fortsættes)

TABEL 12.3 FORTSAT

	Model 4 Odds ratio	Signifi- kans- niveau	Model 5 Odds ratio	Signifi- kans- niveau	Model 6 Odds ratio	Signifi- kans- niveau
Dag * Stoffri behandlingsmål- sætning	1,840				2,041	
Døgn * Stoffri behandlings- målsætning	2,237				2,718	*
Substitutionsbehandling *						
Stoffri behandlingsmålsætning	1,762	*	2,053	**	1,908	*
Har psykiske problemer	0,557	***	-			
Har fået hjælp til psykiske problemer	-			***		**
Har ingen psykiske problemer			Ref.		Ref.	
1 – Slet ikke			0,504	***	0,468	***
2			0,494	**	0,579	*
3			0,810		0,815	
4			0,679		0,638	
5 – I meget høj grad			1,105		1,039	
Om behandlingen har hjulpet med bedre socialt netværk	-			***		***
1 – Slet ikke			Ref.		Ref.	
2			0,873		0,917	
3			0,991		1,060	
4			1,815	**	1,894	**
5 – I meget høj grad			2,153	***	2,367	***
Har brugt væresteder	-		0,578	***	0,643	**
Har deltaget i NA-møde	-		1,778	**	-	
Har været i aktivering	-		0,716	*	0,693	*
Konstant	2,143	**	1,406		1,748	*
N	1.165		1.190		1.121	

Anm.: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$. Model 4: Reduceret model med baggrundsvariable, behandlingsvariabel og interaktion mellem disse, og om brugeren har været i behandlingsforløb de seneste 3 år, hvor formålet var, at vedkommende skulle blive stoffri. Model 5: som model 4 udvidet med indikatorer for behandlingstilgang og den hjælp, brugerne har modtaget for deres problemer ud over stofmisbrug, samt støttetilbud. Model 6: Som model 5, dog uden indikator for, om brugeren har været til NA-møde inden for de seneste 3 år.

I denne model bliver sammenhængen med behandlingsintensitet insignifikant, hvilket også er tilfældet for de øvrige behandlingsvariable. Tendensen til, at brugere, som har været i døgnbehandling, i mindre grad har taget illegale stoffer, findes således ikke, når der tages højde for indikatorerne for en helhedsorienteret indsats i modellen. Der er heller ikke no-

gen markant forskel mellem model 4 og 5 i forhold til, hvilke baggrundsvariable der bliver signifikante, dog bliver sammenhængen mellem brug af illegale stoffer og uddannelse dog insignifikant i denne model.

En række variable, som beskriver den helhedsorienterede indsats, bliver signifikante i model 5. Som det blev vist i model 4, er der en klar tendens til, at brugere med psykiske problemer har mindre sandsynlighed for ikke at have taget illegale stoffer end brugere uden psykiske problemer. Af model 5 er det dog tydeligt, at hvis brugerne i meget høj grad får den hjælp, de har brug for til deres psykiske problemer, er deres sandsynlighed for at have taget illegale stoffer ikke højere end for brugere uden psykiske problemer. Dette viser, at en tilstrækkelig indsats over for brugernes psykiske problemer kan være af stor betydning for brugernes chancer for at stoppe misbruget af illegale stoffer.

På samme måde har det stor betydning for, om brugerne tager illegale stoffer, om behandlingen har hjulpet brugerne til et bedre socialt netværk. Brugere, hvis behandling i meget høj grad har hjulpet dem til et bedre socialt netværk, har således en væsentlig større chance for ikke at have taget illegale stoffer end brugere, hvis behandling slet ikke har hjulpet dem til et bedre netværk. Bivariate analyser viser, at hjælpen til et bedre socialt netværk især har en betydning for brugere, som har været i behandling, som havde som målsætning at gøre brugeren stoffri. Dette harmonerer med behandlingslederes beskrivelser af, at tilbagefald ofte sker, når brugerne har afsluttet den intensive behandling uden at have et alternativ til sit netværk i misbrugsmiljøet og derfor føler sig ensomme. I den situation bliver nogle fristet til at kontakte gamle venner fra misbrugsmiljøet, hvilket ofte vil resultere i et tilbagefald. I forsøget på at begrænse brugen af illegale stoffer er det således centralt, at brugerne får støtte til at danne nye netværk.

Derudover er der en tendens til, at brugere, som har brugt væresteder eller har været i aktivering, har større sandsynlighed for at have taget illegale stoffer. I delrapport 1 (De frivillige organisationers perspektiv) forklarer repræsentanter for de frivillige organisationer, at det ofte er de mest udsatte stofmisbrugere, der benytter værestederne.

Brugere, som har været til NA-møder inden for de seneste 3 år, har større sandsynlighed for ikke at have taget illegale stoffer. Denne sammenhæng kan dog som nævnt skyldes, at NA-møder primært henvender sig til stoffri brugere, som ønsker at fastholde stoffriheden. Brugere, som tager illegale stoffer, har således mange steder ikke mulighed

for at komme til NA-møder, da brugerne de fleste steder som minimum skal have haft en kortere periode, hvor de ikke har taget illegale stoffer, for at have været til NA-møder. Derfor har vi opstillet model 6, hvor indikatoren for, om brugeren har været til NA-møde, ikke indgår, men hvor alle øvrige variable fra model 5 indgår.

Når NA-møder udelades af analysen i model 6, er sammenhængen mellem substitutionsbehandling, og om brugerne har taget illegale stoffer den samme som i model 4 og 5, dvs. at der er en tendens til, at brugere, som ikke har været i stoffri behandling og har fået substitutionsbehandling, i højere grad har taget illegale stoffer. Behandlingsintensiteten har dog i modsætning til model 5 en signifikant sammenhæng med brugen af illegale stoffer. Brugere, som har været i døgnbehandling og har været i behandlingsforløb, hvor målet var, at de skulle blive stoffri, har således en mindre sandsynlighed for at have taget illegale stoffer. Sammenhængen med indikatorerne for helhedsorienteret indsats og med baggrundsvariablene er desuden den samme som i de forrige modeller, om end der ikke er nogen signifikant sammenhæng med alder, men med uddannelse.

Stofmisbrugsbehandlingen og den helhedsorienterede behandlingsindsats har således betydning for sandsynligheden for, at brugerne ikke har taget illegale stoffer den seneste måned. For brugere, som har været i behandling, hvor målsætningen var, at de skulle blive stoffri, er der således en tendens til, at brugere, som har fået døgnbehandling, har en større sandsynlighed for ikke at have taget illegale stoffer, mens der ikke for denne gruppe er nogen forskel i forhold til om brugeren har været i substitutionsbehandling.

For brugere, som ikke har været i stoffri behandlingsforløb, er der derimod en tendens til, at brugere, som har fået dagbehandling eller substitutionsbehandling, har mindre sandsynlighed for ikke at have taget illegale stoffer. I forhold til brugernes øvrige problemer er der særligt en tendens til, at i jo højere grad brugerne har fået hjælp til psykiske problemer og til at skabe gode sociale netværk, jo mindre er sandsynligheden for, at de har taget illegale stoffer.

UDDANNELSES- OG BESKÆFTIGELSESSITUATION

I forhold til brugernes mulighed for at skabe sig en selvstændig tilværelse har brugernes arbejdsmarkedssituation betydning. Det fremgår af tabel 12.4, at 24 pct. af brugerne, som var indskrevet i stofmisbrugsbehandling i 2006, svarer, at de er i arbejde eller modtager lærlingeløn på interviewtidspunktet. Derudover lever 2 pct. af SU, og 4 pct. er på revalideringsydelse. Det er således 30 pct. af brugerne, som på interviewtidspunktet er i arbejde eller under uddannelse. Dette skal ses i sammenhæng med, at 26 pct. af de samme brugere var i arbejde eller under uddannelse i 2006.

23 pct. af brugerne er kontanthjælpsmodtagere, og 39 pct. lever af førtids- eller invalidepension. Derudover er der 5 pct. af brugerne, som lever af andre overførselsindkomster såsom dagpenge, sygedagpenge eller aktiveringsydelse, mens 2 pct. lever af familie, venner eller partnere eller ikke har nogen officiel indtægt.

TABEL 12.4

Brugerne fordelt efter deres officielle indtægt på interviewtidspunkter. Antal og procent.

	Antal	Procent
Arbejde (inkl. lærlingeløn)	305	24
SU/ legater	24	2
Arbejdsløshedsdagpenge	27	2
Aktiveringsydelse	10	1
Sygedagpenge	28	2
Kontanthjælp	287	23
Revalideringsydelse	44	4
Førtidspension/ invalidepension	502	40
Folkepension	4	0
Anden pension	4	0
Familie/ venner/ partner	7	1
Har ingen officiel indtægt	8	1
Andet	10	1
Ved ikke	2	0
Uoplyst	13	1
I alt	1.275	100

Kilde: Surveyen til de tidligere brugere.

Brugerne er desuden blevet spurgt, om de skaffer penge på andre måder, og her har 6 pct. af brugerne svaret, at de ud over deres officielle arbejde skaffer penge ved sort arbejde, 5 pct. har en yderligere indtægt ved stof-

salg, og 3 pct. skaffer penge ved berigelseskriminalitet. Dette må opfattes som minimumsangivelser, da det potentielt kan have store omkostninger for brugerne at indrømme sådanne indtægter. Brugerne må således på trods af forsikringer om anonymitet forventes at være modvillige i forhold til at give sådanne oplysninger.

HVEM HAR ET ARBEJDE?

I det følgende undersøger vi, om de brugere, som er i arbejde, har særlige karakteristika eller har modtaget en anden behandling end brugere, som lever af overførselsindkomst eller pension.

Den logistiske regressionsanalyse i tabel 12.5 viser, at sandsynligheden for at være i arbejde er større for brugere, som er stoffri, end for brugere, som tager illegale stoffer eller kun tager substitutionsmedicin. Forskellen er dog ikke signifikant mellem brugere, som kun tager substitutionsmedicin og stoffri brugere. Sandsynligheden for at have et arbejde er dog generelt mindre for brugere, som har været i substitutionsbehandling inden for de seneste 3 år.

Sandsynligheden for at være i beskæftigelse er også mindre for brugere, som har haft brug for hjælp til problemer med arbejde, uddannelse eller forsørgelse de seneste 3 år. Der er dog ikke nogen signifikant forskel på brugere uden problemer med arbejde, uddannelse og forsørgelse og brugere, som har haft sådanne problemer, men som i meget høj grad har fået hjælp til disse problemer.

Tabellen viser desuden en tendens til, at brugere, som har haft en støtte- og kontaktperson tilknyttet, har mindre sandsynlighed for at komme i arbejde. Dette skyldes sandsynligvis, at det er de mest udsatte brugere, som får en støtte- og kontaktperson tilknyttet, og disse brugere har en mindre sandsynlighed for at komme i beskæftigelse.

Analysen viser også en tendens til, at brugere, som boede i Københavns Kommune i 2006, har større sandsynlighed for at være i arbejde end brugere i provinskommunerne. Brugere, som har været i behandlingssystemet i kortere tid, eller som havde et arbejde i 2006, samt yngre brugere har større sandsynlighed for at være i arbejde. Brugere, som ikke har afsluttet en højere uddannelse end folkeskolen, har en mindre sandsynlighed for at være i arbejde, hvilket også er tilfældet for brugere, som har svaret, at de har haft psykiske problemer, som de har haft brug for hjælp til inden for de seneste 3 år, samt brugere, der har en ubetinget straf.

TABEL 12.5

Binær logistisk regressionsanalyse af, om brugeren lever af arbejde herunder SU og revalidering på interviewtidspunktet.

Variabel	Beta-koefficient	Standard-fejl	Signifikans-niveau	Odds ratio
Bytype			*	
Københavns Kommune	Reference	Reference		Reference
Københavns Omegn	-0,206	0,277		0,814
Århus, Odense, Aalborg, Esbjerg	-0,669	0,312	*	0,512
> 30.000 indbyggere	-0,128	0,317		0,880
< 30.000 indbyggere	-0,715	0,257	**	0,489
Alder			***	
-24 år	Reference	Reference		Reference
25-34 år	-0,180	0,257		0,836
35-44 år	-0,296	0,286		0,744
45- år	-1,530	0,339	***	0,217
Uddannelse			*	
Højest 10. klasse	Reference	Reference		Reference
Gymnasial uddannelse	0,650	0,376		1,916
Faglig uddannelse	0,587	0,225	**	1,798
Videregående uddannelse	0,474	0,419		1,607
Var i beskæftigelse i 2006	2,118	0,188	***	8,315
Har psykiske problemer	-0,657	0,180	***	0,518
Ubetingsget straf	-0,628	0,221	**	0,534
Behandlingstid	-0,086	0,037	*	0,918
Substitutionsbehandling	-0,766	0,226	**	0,465
Støtte- og kontaktperson	-0,368	0,185	*	0,692
Har fået hjælp til arbejde, uddannelse eller forsørgelse			***	
Havde ikke problemer	Reference	Reference		Reference
1 – Slet ikke	-1,286	0,313	***	0,276
2	-0,335	0,365		0,715
3	-0,449	0,343		0,638
4	-1,233	0,412	**	0,291
5 – I meget høj grad	0,007	0,306		1,007
Stofmisbrug			**	
Er helt stoffri	Reference	Reference		Reference
Tager kun substitutionsmedicin	-0,379	0,288		0,685
Tager illegale stoffer	-0,611	0,200	**	0,543
Konstant	0,994	0,338	**	2,701

Anm.: n = 1.167, * p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001.

Når der tages højde for disse variable, er der derimod ikke nogen signifikant forskel i sandsynligheden for at have et arbejde, alt efter om brugeren har modtaget psykologsamtaler, samtaler med andre behandlere eller gruppebehandling og den maksimale behandlingsintensitet, brugeren har

modtaget. Der er desuden ingen forskel på, om brugeren har et arbejde, afhængigt af brugerens køn, etnicitet, fysiske helbred, anbringelse, tidlige behandlinger, hovedmisbrugsstof, og om brugeren har været i aktivring.

Generelt er det således i højere grad karakteristika ved brugeren end karakteristika ved dennes misbrug og stofmisbrugsbehandling, som er afgørende for, om brugeren er i arbejde. Dog er der en tendens til, at brugere, som har været i substitutionsbehandling inden for de seneste 3 år, i mindre grad er i arbejde, også når der tages højde for brugernes alder.

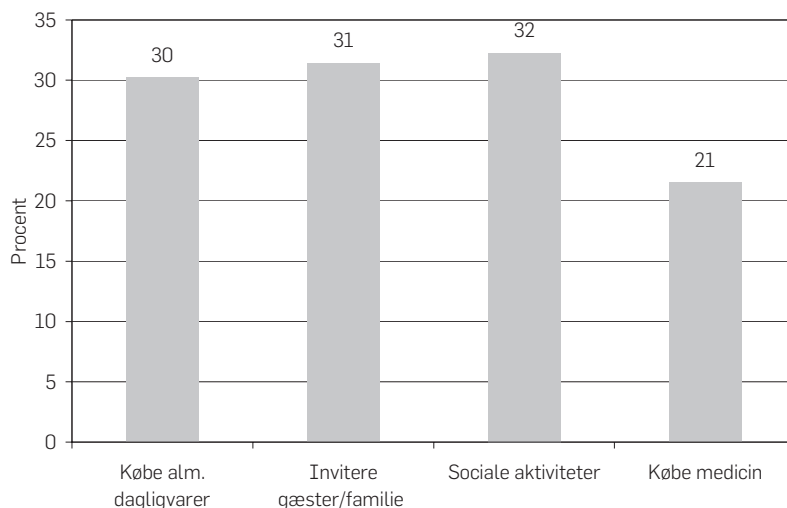
ØKONOMISK SITUATION

I det følgende beskriver vi brugernes økonomiske situation på interviewtidspunktet på baggrund af en række spørgsmål vedrørende økonomisk betingede afsavn i hverdagen samt spørgsmål om brugernes gæld.

Figur 12.1 viser andelen af brugere, som den seneste måned ikke har haft råd til at købe almindelige dagligvarer, medicin og invitere familie og venner hjem og deltage i sociale arrangementer. Af figuren fremgår det, at omkring 30 pct. af brugerne oplyser, at de ikke har haft råd til at købe dagligvarer, ikke har haft råd til at invitere familie og venner hjem og/eller ikke har haft råd til at deltage i sociale arrangementer. 21 pct. angiver, at de ikke har haft råd til medicin til sig selv eller deres familie den seneste måned.

FIGUR 12.1

Brugerne fordelt efter, om de har haft udvalgte økonomisk betingede afsavn den seneste måned op til interviewet. Procent.



Anm.: n = 1.261.

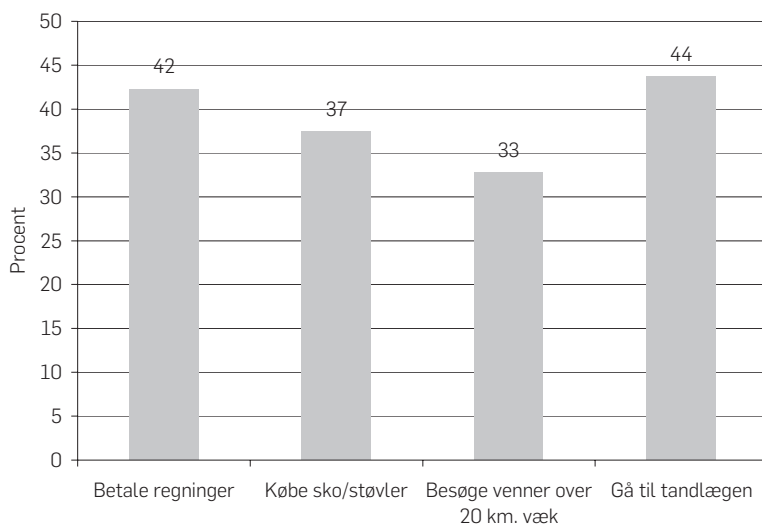
Kilde: Surveyen til tidligere brugere.

I figur 12.2 ses desuden, at mere end 40 pct. af brugerne ikke har haft råd til at betale deres regninger til tiden eller gå til tandlægen inden for det seneste år. 37 pct. har ikke haft råd til at købe sko eller støvler til sig selv eller familien inden for det seneste år, mens 33 pct. har prøvet ikke at have råd til at besøge venner, som bor mere end 20 km væk.

35 pct. af brugerne har ikke haft nogen af de økonomiske afsavn, som er beskrevet i figur 12.1 og 12.2, mens 51 pct. har haft to af disse afsavn eller mere.

FIGUR 12.2

Brugerne fordelt efter, om de har haft økonomisk betingede afsavn det seneste år. Procent.



Anm.: n = 1.261.

Kilde: Surveyen til tidligere brugere.

Kun 30 pct. af brugerne, som var indskrevet i stofmisbrugsbehandling i 2006, har ikke gæld til offentlige eller private.³³ 28 pct. har en gæld til offentlige eller private på 50.000 kr. eller mindre, mens 42 pct. har en gæld på mere end 50.000 kr. Det er således en forholdsvis stor procentdel af brugerne, som har en relativ stor gæld.

HVEM LIDER ØKONOMISK AFSAVN?

I dette afsnit undersøger vi, om der er en sammenhæng mellem om brugeren lider økonomiske afsavn og brugerens karakteristika, og hvilken behandling de har fået.

Som det fremgår af tabel 12.6, har stoffri brugere en noget mindre sandsynlighed for at have lidt økonomiske afsavn i form af ikke at have haft råd til at købe almindelige dagligvarer, invitere gæster, deltage i

33. Gæld til private for brugere, som har fast ejendom, regnes ikke med her.

sociale aktiviteter eller købe medicin inden for den seneste måned eller ikke have kunnet betale regninger til tiden, købe sko, besøge venner eller gå til tandlæge inden for det seneste år. Der er ikke signifikant forskel på sandsynligheden for at have lidt økonomiske afsavn for helt stoffri brugere og brugere, som udelukkende har taget substitutionsmedicin den seneste måned. Dette tyder på, at substitutionsbehandlingen er med til at reducere brugernes økonomiske problemer, hvorved brugernes livssituation forbedres. Selv blandt de stoffri brugere er det dog stadig 56 pct., som har lidt økonomiske afsavn, hvilket vidner om, at mange brugere har betydelige økonomiske problemer, selv efter deres misbrug er ophørt.

Brugere, der har haft problemer med beskæftigelse, uddannelse eller forsørgelse, som de har haft brug for hjælp til inden for de seneste 3 år, har større sandsynlighed for at have lidt økonomiske afsavn den seneste måned/det seneste år.³⁴ Brugere der i høj grad har fået hjælp til disse problemer, har imidlertid ikke flere afsavn end de brugere, som ikke angiver at have haft problemer med beskæftigelse, uddannelse eller forsørgelse.

Tabellen viser også, at jo større brugerens gæld er, jo større er sandsynligheden for, at brugeren lider økonomiske afsavn. Der er desuden en tendens til, at kvinder, brugere på overførselsindkomst og brugere, som har haft psykiske problemer inden for de seneste 3 år, har større sandsynlighed for at have lidt økonomiske afsavn.

Når der tages højde for disse variable, er der derimod ikke nogen signifikant forskel på, om brugeren har lidt afsavn, alt efter om brugeren har modtaget psykologsamtaler, samtaler med andre behandlere, gruppebehandling eller substitutionsbehandling, eller hvilken behandlingsintensitet brugeren maksimalt har modtaget. Om brugeren har haft en støtte- og kontaktperson tilknyttet inden for de seneste 3 år har heller ikke nogen indflydelse på sandsynligheden for at have lidt økonomiske afsavn. Der er desuden ingen signifikant forskel afhængigt af brugerens uddannelse, alder, etnicitet, om brugeren har været indlagt med fysisk diagnose og hovedmisbrugsstof, samt om brugeren har været anbragt som barn, har en ubetinget straf, tidligere har været i stofmisbrugsbehandling, eller hvor længe brugeren har været i behandling.

34. Fordi brugerens problemer de seneste 3 år er sammenlignet med afsavn den seneste måned/det seneste år, er der risiko for et vist overlap mellem afhængig og uafhængig variabel.

TABEL 12.6

Binær logistisk regressionsanalyse af, om brugeren har lidt økonomiske afsavn inden for det seneste år.

Variabel	Beta-koefficient	Standard-fejl	Signifikans-niveau	Odds ratio
Kvinde	0,373	0,154	*	1,452
Indtægtstype			***	
Arbejde/SU	Reference	Reference		Reference
Kontanthjælp mv.	1,366	0,202	***	3,919
Førtidspension mv.	0,459	0,168	**	1,583
Andet	-0,491	0,500		0,612
Har psykiske problemer	0,395	0,139	**	1,485
Har fået hjælp til arbejde, uddannelse eller forsørgelse inden for de seneste 3 år			***	
Har ikke problemer	Reference	Reference		Reference
1 – Slet ikke	2,111	0,415	***	8,257
2	0,741	0,352	*	2,098
3	1,148	0,377	**	3,151
4	0,543	0,349		1,721
5 – I meget høj grad	0,115	0,259		1,122
Gæld			***	
Ingen gæld	Reference	Reference		Reference
1-50.000 kr.	0,647	0,166	***	1,909
50.001- kr.	1,031	0,160	***	2,805
Stofmisbrug			***	
Er helt stoffri	Reference	Reference		Reference
Tager kun substitutionsmedicin	-0,009	0,205		0,991
Tager illegale stoffer	0,601	0,169	***	1,824
Konstant	-1,265	0,181	***	0,282

Anm.: n = 1.237, * p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001.

SOCIALE RELATIONER

Ensomhed og mangel på sociale relationer kan begrænse brugernes trivsel, og samtidig kan ensomheden være en medvirkende årsag til, at brugerne får tilbagefald, efter de er blevet stoffri. I dette afsnit undersøger vi, hvilket socialt netværk brugerne har, og om brugere, som ofte føler sig ensomme, har nogle særlige personlige eller behandlingsmæssige karakteristika.

Hvis man ser på brugernes familiesituation, bor 60 pct. af brugerne alene, 24 pct. bor sammen med en partner, og 16 pct. bor sammen med andre end en partner, fx børn, venner eller forældre. Af de brugere,

som bor sammen med en partner, er partneren i 21 pct. af tilfældene selv misbruger af enten alkohol eller stoffer.

TABEL 12.7

Brugerne fordelt efter, hvem de bor sammen med. Antal og procent.

	Antal	Procent
Bor alene	753	60
Bor sammen med partner (og evt. andre)	307	24
Bor sammen med andre end partner (børn, venner, forældre)	203	16
I alt	1.263	100

Kilde: Surveyen til de tidligere brugere.

Særlig ensomhed kan begrænse brugernes trivsel, og brugerne er således blevet spurgt, hvor ofte de føler sig ensomme. 26 pct. af brugerne svarer, at de ofte føler sig ensomme, mens 28 pct. nogle gange føler sig ensomme. Der er dog også 22 pct., som henholdsvis sjældent eller aldrig føler sig ensomme.

TABEL 12.8

Brugerne fordelt efter, hvor ofte de føler sig ensomme. Antal og procent.

	Antal	Procent
Ofte	331	26
Nogle gange	357	28
Sjældent	279	22
Aldrig	278	22
Ved ikke	11	1
Uoplyst	19	2
I alt	1.275	100

Kilde: Surveyen til de tidligere brugere.

HVILKE BRUGERE FØLER SIG OFTE ENSOMME?

I dette afsnit undersøger vi nærmere, om der er særlige karakteristika ved de brugere, som ofte føler sig ensomme.

Som det fremgår af tabel 12.9, har stoffri brugere mindre sandsynlighed for ofte at føle sig ensomme end brugere, som tager illegale stoffer. Analysen viser dog også, at der i denne henseende ikke er signifi-

kant forskel på stoffri brugere og brugere, som kun har taget substitutionsmedicin.

Der er desuden en tendens til, at brugere, hvis behandling slet ikke har hjulpet dem til et bedre netværk, er mere ensomme, samt at brugere, som har haft en støtte- og kontaktperson (SKP) tilknyttet er mere ensomme. Det sidste skyldes sandsynligvis, at SKP-ordningen gives til de mest udsatte brugere med det svageste netværk.

Derudover er der en tendens til, at brugere, der har centralstimulerende stoffer som hovedmisbrugsstof, føler sig mindre ensomme end øvrige brugere, at brugere, som boede alene med børn i 2006, er mere ensomme, samt at brugere med et dårligere fysisk helbred er mere ensomme. Der er desuden en klar tendens til, at brugere, som har oplevet at have psykiske problemer, som de havde brug for hjælp til de seneste 3 år, i højere grad er ensomme.

Der er derimod ingen forskel i forhold til den behandlingsintensitet, brugeren har modtaget, eller indholdet i brugerens behandling, eller om brugeren har modtaget samtaler med en psykolog, andre behandlere, gruppebehandling eller substitutionsmedicin. Heller ikke tilbud, som kunne forventes at have indflydelse på, om brugeren føler sig ensom, såsom brug af fritidstilbud i behandlingen, brug af NA og væresteder, eller om brugeren har boet i udslusningsbolig, har betydning for, om brugeren ofte føler sig ensom. Der er desuden ikke nogen signifikant forskel på sandsynligheden for ofte at være ensom alt efter brugernes køn, alder, etnicitet, uddannelse, indtægtstype, eller om brugeren har været anbragt som barn, har en ubetinget dom eller tidligere har været i stofmisbrugsbehandling. Der er heller ikke forskel alt efter, hvilken by brugeren var bosat i.

Det er således primært karakteristika ved brugeren og dennes misbrug, som er afgørende for, om brugeren ofte føler sig ensom, mens behandlingsintensiteten og indholdet af behandlingen ikke direkte påvirker sandsynligheden for, om brugerne ofte føler sig ensomme. Der er dog en tendens til, at sandsynligheden for, at brugerne føler sig ensomme, er mindre, hvis behandlingen har hjulpet brugerne til et bedre netværk. Derudover har brugerens stofmisbrug betydning for sandsynligheden for, at brugeren ofte føler sig ensom, og da behandlingen har betydning for denne parameter, er der også en indirekte sammenhæng mellem behandlingen og sandsynligheden for, at brugerne føler sig ensomme.

TABEL 12.9

Binær logistisk regressionsanalyse af, om brugeren ofte føler sig ensom.

Variabel	Beta-koefficient	Standard-fejl	Signifikans-niveau	Odds ratio
Hovedmisbrugsstof			**	
Opiat	Reference	Reference		Reference
Opiater og andre stoffer	0,460	0,222	*	1,584
Centralstimulerende stoffer	-0,501	0,217	*	0,606
Hash	0,188	0,206		1,207
Benzodiazepiner og andet	0,103	0,348		1,109
Har psykiske problemer	1,404	0,180	***	4,071
Fysisk helbred			*	
Ikke indlagt	Reference	Reference		Reference
Indlagt 1 gang	0,403	0,180	*	1,496
Indlagt mere end 1 gang	0,317	0,178		1,372
Familietype 2006			**	
Enlig uden hjemmeboende børn	Reference	Reference		Reference
Enlig med hjemmeboende børn	0,770	0,290	**	2,159
Samlevende med hjemmeboende børn	-0,563	0,331		0,569
Samlevende uden hjemmeboende børn	-0,283	0,233		0,754
Behandling har hjulpet med socialt netværk			*	
1 – Slet ikke	Reference	Reference		Reference
2	-0,432	0,228		0,649
3	0,121	0,213		1,128
4	-0,571	0,250	*	0,565
5 – I meget høj grad	-0,220	0,218		0,802
Støtte- og kontaktperson	0,306	0,147	*	1,358
Stofmisbrug			*	
Er helt stoffri	Reference	Reference		Reference
Tager kun substitutionsmedicin	0,268	0,240		1,308
Tager illegale stoffer	0,536	0,196	**	1,710
Konstant	-2,508	0,268	***	0,081

Anm.: n = 1.152, * p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001.

FYSISKE HELBRED

Brugerens fysiske helbred må generelt forventes at have betydning for brugerens livskvalitet. Brugere er blevet bedt om at vurdere deres fysiske helbred på interviewtidspunktet på en skala fra 1 til 5, hvor 1 betyder meget dårligt helbred, og 5 betyder meget godt helbred. Som det fremgår

af tabel 12.10, vurderer 10 pct. af brugerne, at deres helbred er meget dårligt, mens 14 pct. vurderer, at det er meget godt.

TABEL 12.10

Brugerne fordelt efter deres vurdering af eget helbred på en skala fra 1 til 5, hvor 1 betyder 'meget dårligt', og 5 betyder 'meget godt'. Antal og procent.

	Antal	Procent
1 – Meget dårligt	132	10
2	246	19
3	429	34
4	265	21
5 – Meget godt	183	14
Ved ikke/ uoplyst	20	2
I alt	1.275	100

Kilde: Surveyen til de tidligere brugere.

HVAD HAR BETYDNING FOR BRUGERNES FYSISKE HELBRED?

I dette afsnit undersøger vi, hvilke karakteristika der hænger sammen med, om brugeren vurderer sit helbred som godt eller dårligt. Dette gør vi ved hjælp af en ordinal regressionsanalyse af de fem svarmuligheder, brugerne har haft i forbindelse med vurderingen af deres helbred.

Som det fremgår af tabel 12.11, har stoffri brugere i noget højere grad et godt helbred end brugere, som tager substitutionsmedicin eller illegale stoffer. Der er ikke en signifikant forskel på brugere, som udelukkende tager substitutionsmedicin, og brugere, som tager illegale stoffer. Dette kan være tegn på, at substitutionsmedicinen ikke mindsker de negative konsekvenser af misbruget på brugerens helbred, men kan også være et udtryk for, at det er brugere, som allerede er mærket af deres misbrug, som tilbydes substitutionsbehandling.

Der er desuden en tendens til, at brugere, som har deltaget i fritidsaktiviteter det seneste år, har et bedre helbred end brugere, som ikke har deltaget i sådanne aktiviteter. Brugere, som vurderer at have haft betydelige fysiske problemer eller sygdomme inden for de seneste 3 år, har et noget dårligere helbred end brugere, som ikke har haft sådanne problemer. Det er i den sammenhæng bemærkelsesværdigt, at der ikke er nogen signifikant forskel på, om brugerne slet ikke eller i meget høj grad har fået den hjælp, de havde brug for til disse fysiske problemer. Dette

kan bl.a. skyldes, at en del misbrugere får sygdomme af mere kronisk karakter, hvor en god behandling ikke nødvendigvis kan afhjælpe problemet.

TABEL 12.11

Ordinal regressionsanalyse af, hvordan brugeren vurderer sit fysiske helbred på en skala fra 1 til 5, hvor 1 betyder 'meget dårligt', og 5 betyder 'meget godt'.

Variabel	Beta-koefficient	Standardfejl	Signifikans-niveau
Alder			***
-24 år	Reference	Reference	
25-34 år	-0,541	0,162	**
35-44 år	-0,583	0,175	**
45- år	-0,768	0,188	***
Indtægtstype			***
Arbejde/uddannelse	Reference	Reference	
Kontanthjælp	-0,672	0,143	***
Førtidspension	-1,085	0,160	***
Andet/ingen indtægt	-0,495	0,389	
Har psykiske problemer	-0,488	0,114	***
Har deltaet i fritidsaktiviteter	0,240	0,120	*
Har fået hjælp til fysiske problemer inden for de seneste 3 år			***
Har ikke problemer	Reference	Reference	
1- Slet ikke	-1,653	0,169	***
2	-1,149	0,211	***
3	-1,297	0,208	***
4	-1,16	0,217	***
5 – I meget høj grad	-1,246	0,181	***
Stofmisbrug			***
Er helt stoffri	Reference	Reference	
Tager kun substitutionsmedicin	-0,712	0,169	***
Tager illegale stoffer	-0,840	0,133	***

Anm.: n = 1.230, * p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001. Forudsætning om parallelle linjer opfyldt med test for proportionale odds: p = 0,249.

Der er desuden en tendens til, at yngre brugere og brugere i arbejde har et bedre helbred, mens brugere, som har haft psykiske problemer inden for de seneste 3 år, generelt vurderer deres helbred dårligere. Når der tages højde for disse faktorer, har den behandlingsintensitet, brugeren har modtaget, eller indholdet af behandlingen i form af psykologsamtaler, gruppebehandling og samtaler med andet personale derimod ingen

betydning for brugerens vurdering af sit fysiske helbred. Det samme er tilfældet for substitutionsbehandling, men kun når der tages højde for, om brugeren på interviewtidspunktet modtog substitutionsmedicin. Der er således ikke en negativ eller positiv effekt af substitutionsbehandlingen for brugere, som har afsluttet denne, men der er en negativ sammenhæng for brugere, som stadig er i substitutionsbehandling. Denne forskel kan dog skyldes, at brugere med dårligt helbred kan have sværere ved eller have et mindre ønske om at blive stoffri.

Der er desuden ingen forskel på, hvordan brugerne vurderer deres helbred alt efter brugernes køn, etnicitet, uddannelse, hovedmisbrugsstof, familietype, bopælskommune, eller om brugeren har været anbragt som barn, har en ubetinget dom, har været indlagt, har været i stofmisbrugsbehandling før, samt hvor lang tid brugeren har været i behandling, eller om brugeren har haft en støtte- og kontaktperson tilknyttet.

PSYKISK HELBRED

Alvorlige psykiske problemer kan have en stor indflydelse på brugernes livskvalitet, og vi undersøger derfor i dette afsnit, hvor mange brugere der har alvorlige psykiske problemer på interviewtidspunktet, og om disse brugere har særlige karakteristika. Brugere er blevet spurgt, om de har oplevet at have depression, svær angst eller koncentrationsproblemer af flere dages varighed, har haft hallucinationer eller har mistet kontrollen/udvist voldelig adfærd inden for den seneste måned.

Det er kun 36 pct. af brugerne, som ikke har oplevet nogen af disse psykiske problemer den seneste måned. 37 pct. af brugerne har oplevet et eller to af disse psykiske problemer, mens 27 pct. har oplevet tre af disse eller mere. 26 pct. af brugerne får desuden ordineret medicin for deres psykiske problemer. Det er således 36 pct. af de brugere, som har psykiske problemer, der får medicin for disse problemer. Flest brugere har oplevet at føle sig deprimeret (49 pct.) eller at have koncentrationsproblemer (45 pct.). 28 pct. af brugerne har oplevet svær angst den seneste måned, mens 8 pct. har haft hallucinationer, og 18 pct. har mistet kontrollen/udvist voldelig adfærd.

TABEL 12.12

Brugerne fordelt efter, om de har oplevet en række psykiske problemer inden for den seneste måned. Antal og procent.

	Antal	Procent
Depression (af flere dages varighed)	611	49
Svær angst (af flere dages varighed)	352	28
Koncentrationsproblemer (af flere dages varighed)	562	45
Hallucinationer	100	8
Mistet kontrollen/udvist voldelig adfærd	224	18
Fået ordineret medicin for psykiske problemer	333	26

Anm.: n = 1.258. brugerne kan have svaret ja til mere end ét psykisk problem.

Kilde: Surveyen til de tidligere brugere.

HVEM HAR OPLEVET AT HAVE PSYKISKE PROBLEMER?

Tabel 12.13 viser, at helt stoffri brugere har mindre sandsynlighed for at have psykiske problemer end både brugere, som kun tager substitutionsmedicin, og brugere, som tager illegale stoffer. Sandsynligheden for at have psykiske problemer er dog væsentligt større for brugere, som tager illegale stoffer, end for brugere, som udelukkende tager substitutionsmedicin.

Der er desuden en klar tendens til, at brugere, som har haft psykiske problemer inden for de seneste 3 år, har større sandsynlighed for at have psykiske problemer på interviewtidspunktet, uanset i hvor høj grad brugerne har fået den hjælp til disse problemer, som de havde brug for. Blandt brugere, som har haft psykiske problemer, er der dog samtidig en tendens til, at i jo højere grad brugerne har fået hjælp til psykiske problemer, jo mindre er sandsynligheden for, at de har sådanne problemer på interviewtidspunktet. Dette tyder på, at brugernes psykiske problemer reduceres, hvis brugerne i højere grad får den hjælp til disse problemer, som de har brug for.

Brugere, som har fået samtaler med psykologer eller anden psykiatrisk behandling inden for de seneste 3 år, har større sandsynlighed for at have psykiske problemer. Her er der givetvis tale om en selektion i forhold til, hvem der får samtaler med psykologer, idet sådanne samtaler primært gives til brugere med psykiske problemer. Uanset kvaliteten af psykologsamtalerne vil behandling ikke kunne løse de psykiske problemer for alle, og der vil derfor være en tendens til, at brugere, som har fået psykologsamtaler, i højere grad har psykiske problemer.

TABEL 12.13

Binær logistisk regressionsanalyse af, om brugeren har psykiske problemer.

Variabel	Beta-koefficient	Standard-fejl	Signifikans-niveau	Odds ratio
Uddannelse			*	
Højest 10. klasse	Reference	Reference		Reference
Gymnasial uddannelse	-0,793	0,307	*	0,453
Faglig uddannelse	-0,304	0,175		0,738
Videregående uddannelse	-0,640	0,333		0,527
Behandlingsintensitet			*	
Ad hoc	Reference	Reference		Reference
Ambulant	0,552	0,213	**	1,736
Dag	0,444	0,200	*	1,559
Døgn	0,283	0,205		1,327
Psykologsamtaler/psykiatrisk behandling	0,437	0,161	**	1,548
Om brugeren har fået den hjælp, vedkommende havde brug for til psykiske problemer inden for de seneste 3 år			***	
Havde ingen psykiske problemer	Reference	Reference	Reference	Reference
1 – Slet ikke	2,205	0,208	***	9,072
2	1,817	0,255	***	6,153
3	1,874	0,290	***	6,511
4	1,540	0,265	***	4,667
5 – I meget høj grad	1,064	0,240	***	2,899
Stofmisbrug			***	
Er helt stoffri	Reference	Reference	Reference	Reference
Tager kun substitutionsmedicin	0,478	0,205	*	1,612
Tager illegale stoffer	0,860	0,166	***	2,364
Konstant	-1,311	0,197	***	0,270

Anm.: n = 1.167, * p < 0,05, **p < 0,01, *** p < 0,001.

Derudover er der en tendens til, at brugere, som ikke fået højere behandlingsintensiteter end ad hoc-behandling, har en signifikant mindre sandsynlighed for at have psykiske problemer. Dette kan tyde på, at det er de mere ressourcerstærke brugere, som tilbydes denne behandling. Det kan således være brugere, som er velfungerende på en stabil dosis substitutionsmedicin og dermed kan hente deres medicin på et apotek eller hos praktiserende læger, hvor der ikke er en intensiv behandlingsindsats tilknyttet. Der er derimod ikke nogen signifikant forskel i sandsynligheden for at have psykiske problemer, alt efter om brugerne har fået samtaler

med andre behandlere end psykologer, gruppebehandling, eller om brugeren har deltaget i fritidsaktiviteter.

Der er desuden en signifikant tendens til, at brugere, som kun har afsluttet folkeskolen, har større sandsynlighed for at have psykiske problemer, end brugere, som også har afsluttet en gymnasial uddannelse. Derimod har brugernes køn, etnicitet, alder, indtægtstype, hovedmisbrugsstof, familietype og bytype ingen betydning for, om brugeren har psykiske problemer, når der tages højde for de ovenstående variable. Det har desuden ingen signifikant betydning, om brugeren har været anbragt som barn, har en ubetinget dom, har været indlagt, har været i stofmisbrugsbehandling før, samt hvor lang tid brugeren har været i behandling, eller om brugeren har haft en støtte- og kontaktperson tilknyttet.

BOLIGSITUATION

Et vigtigt grundlag for at få et stabilt og velfungerende liv er, at brugerne har en fast bopæl og derfor ikke er nødsaget til at benytte herberger og natvarmestuer eller sove hos familie og venner.

TABEL 12.14

Brugerne fordelt efter deres boligsituation i 2008. Antal og procent.

	Antal	Procent
Ejer-/andelsbolig	181	14
Lejebolig	898	70
Lejet værelse (klubværelse, kollegium, kollektiv, efterskole, højskole, værelse i villa/lejlighed)	44	4
Hos familie eller venner	71	6
Støttebolig/ bofællesskab/ halvvejsbolig	31	2
Familiepleje	1	0
Herberg/ pensionat	7	1
Fængsel	1	0
Institution (psykisk og somatisk)	11	1
Gaden/ ingen bolig	7	1
Andet	13	1
Ved ikke	1	0
Uoplyst	9	0
I alt	1.275	100

Kilde: Surveyen til de tidligere brugere.

Tabel 12.14 viser brugernes boligsituation på interviewtidspunktet. Tabellen viser, at 88 pct. af brugerne på interviewtidspunktet havde en fast bolig i form af en lejebolig (70 pct.), ejer-/andelsbolig (14 pct.) eller et lejet værelse (4 pct.). 11 pct. af brugerne bor ikke i egen bolig, men i midlertidige boligformer som støtteboliger, institutioner, herberg, venner og familie eller på gaden. Der er dog kun 1 pct. af brugerne, som bor på gaden, mens 6 pct. bor hos venner og familie.

OPSUMMERING

Surveyen til brugere, der var indskrevet i behandlingssystemet i 2006, har afdækket, hvad der kendetegner disse brugeres stofmisbrugssituation og øvrige livssituation 2 år senere.

Undersøgelsen viser, at brugere, som har været i døgnbehandling, har større sandsynlighed for at være stoffri og for ikke at have taget illegale stoffer end brugere, der ikke har været i døgnbehandling, også når der tages højde for brugernes hovedmisbrugsstof og de øvrige variable, der indgår i analyserne. Resultaterne indikerer således en positiv effekt af døgnbehandling, men der skal her tages forbehold for, at der ikke er tale om et randomiseret forsøg, og at der kan være uobserverede selektionseffekter, der påvirker resultatet.

Brugere, som har fået substitutionsbehandling inden for de seneste 3 år, har en mindre sandsynlighed for at være helt stoffri og større sandsynlighed for at have taget illegale stoffer end brugere der ikke har modtaget substitutionsbehandling. Her må det antages, at substitutionsbehandlingen særligt er givet til brugere, for hvem det anses for at være vanskeligt at komme ud af misbruget uden substitutionsmedicin, og også her kan der således være tale om selektionseffekter.

Det er ikke muligt i undersøgelsen at påvise en sammenhæng mellem brugernes stofmisbrugsbelastning og de øvrige mål for behandlingsintensitet og behandlingsindhold, der indgår i undersøgelsen. Der er således fx ikke en sammenhæng mellem, om brugerne har modtaget psykologsamtaler eller andre behandlingssamtaler, og om brugerne er stoffri eller har taget illegale stoffer. Her skal det tages i betragtning, at der vil være en tendens til, at det i højere grad er brugere med psykiske problemer, der har modtaget psykologsamtaler osv.

Der er generelt en tendens til, at brugere, som er helt stoffri, har en bedre livssituation på alle de målte parametre end brugere, som tager illegale stoffer. Brugere, som stadig er i substitutionsbehandling, har samme livssituation som stoffri brugere med hensyn til beskæftigelse, økonomiske afsavn og ensomhed, mens deres livssituation er dårligere med hensyn til fysisk og psykisk helbred. Det tyder på, at substitutionsmedicinen i nogen grad afbøder de negative konsekvenser af stofmisbrug. Der er ikke nogen direkte sammenhæng mellem brugerens livssituation, og den type behandling vedkommende har fået, men stofmisbrugsbehandlingen har dog en indirekte betydning for livssituationen, idet der er en sammenhæng mellem behandlingen og brugernes stofmisbrug.

Om brugeren er stoffri og brugerens livssituation hænger ikke kun sammen med stofmisbrugsbehandlingen, men også med den hjælp, brugerne har fået til problemer ud over stofmisbruget. Brugere, som i meget høj grad har fået hjælp til deres psykiske problemer og til at få et bedre socialt netværk, er således i højere grad stoffri. Samtidig har hjælpen inden for de forskellige aspekter af livssituationen betydning for brugernes livssituation på dette område.

Analyserne viser, at sandsynligheden for at have et arbejde er meget mindre for brugere, som angiver, at de slet ikke har fået den hjælp, de havde brug for til problemer med arbejde, uddannelse eller forsørgelse, end for brugere, som ikke har haft sådanne problemer. Der er derimod ingen signifikant forskel på sandsynligheden for at have et arbejde for brugere, som i meget høj grad har fået hjælp til disse problemer, og brugere, som ikke har haft problemer med arbejde, uddannelse eller forsørgelse. Det samme gør sig gældende for økonomiske afsavn, hvor der ikke er nogen signifikant forskel på brugere, som i høj grad har fået den hjælp, de havde brug for til problemer med arbejde, uddannelse eller forsørgelse, og brugere, som ikke har haft sådanne problemer.

Med hensyn til fysiske problemer er der en tendens til, at brugere, som slet ikke har fået tilstrækkelig hjælp til fysiske problemer, har et lidt dårligere helbred end brugere, som i høj grad har fået en sådan hjælp. Uanset omfanget af hjælpen vurderer brugere, som har haft fysiske problemer de seneste 3 år, dog deres helbred som dårligere end brugere, som ikke har haft sådanne problemer. Dette tyder på, at brugerne udvikler fysiske problemer af kronisk karakter som følge af stofmisbruget.

Høj grad af hjælp til psykiske problemer afhjælper heller ikke fuldstændigt brugernes psykiske problemer, men sandsynligheden for, at brugeren har psykiske problemer på interviewtidspunktet, er dog væsentligt mindre, hvis brugeren har fået en høj grad af hjælp til sine psykiske problemer, end hvis brugeren slet ikke har fået tilstrækkelig hjælp. Kun med hensyn til grad af hjælp til socialt netværk og om brugeren føler sig ensom, er der ikke en signifikant sammenhæng.

Dette understreger vigtigheden af, at der ydes en helhedsorienteret indsats over for brugernes problemer, og at der ikke alene fokuseres på brugernes misbrugsproblemer.

KOMMUNER OG LEVERANDØRER

I dette kapitel beskriver vi kommunernes brug af egne og eksterne behandlingstilbud på baggrund af visitatorernes svar på spørgeskemaet.³⁵ Vi ser således på organiseringen af behandlingen, efter at kommunerne har overtaget ansvaret for den sociale behandling fra 2007. Vi belyser her, i hvilket omfang kommuner selv udfører social stofmisbrugsbehandling, og i hvilket omfang kommunerne bruger eksterne leverandører i behandlingen. I kapitel 14 om visitation og sagsbehandling afdækker vi variationen mellem kommunerne i opbygningen af visitationssystemerne. I kapitel 15 afdækker vi samarbejdet mellem forskellige aktører, der er involveret i den sociale indsats for brugerne efter overgangen til kommunalt regi.

35. Visitatorer fra 83 kommuner har besvaret dette spørgeskema. Blandt de 15 kommuner, som ikke har besvaret spørgeskemaet, udfører syv kommuner selv stofmisbrugsbehandling, og otte kommuner køber primært stofmisbrugsbehandling ved regionale og kommunale samarbejdspartnere, hvilket omtrent svarer til fordelingen blandt kommuner, som har besvaret spørgeskemaet.

ORGANISERING OG EJERFORM

Efter kommunerne overtog ansvaret for at tilbyde social stofmisbrugsbehandling i 2007, valgte en del kommuner selv at udføre stofmisbrugsbehandlingen, og nogle få kommuner havde allerede gjort dette før 2007. Regionerne er dog stadig forpligtet til at have stofmisbrugsbehandlings tilbud, hvis kommunen ikke selv ønsker at varetage opgaven, og nogle kommuner benytter således regionale stofmisbrugsbehandlingstilbud. Andre kommuner har valgt i stedet at indgå samarbejde med en anden kommune og/eller private leverandører om levering af stofmisbrugsbehandling eller en kombination af ovenstående. Omfanget af brugen af disse tilbud beskrives i det følgende.

De fleste kommuner tilbyder stofmisbrugsbehandling fra mere end én leverandør. Der er således kun 5 pct. af de kommuner, der har besvaret spørgeskemaet, som udelukkende tilbyder stofmisbrugsbehandling, som kommunen selv udfører. 17 pct. tilbyder stofmisbrugsbehandling i eget regi kombineret med stofmisbrugsbehandlingsydelser, som købes ved private leverandører. 27 pct. tilbyder stofmisbrugsbehandling i eget regi kombineret med behandling ved andre kommuner eller regionale tilbud, mens 51 pct. af kommunerne ikke selv udfører stofmisbrugsbehandling, men udelukkende køber behandlingsydelser af eksterne leverandører (ikke afbildet).

Ud fra de følgende tabeller er det tydeligt, at størstedelen af brugerne i den sociale stofmisbrugsbehandling modtager denne fra deres hjemkommune. Visitatorerne fra 82 kommuner har samlet skønnet at have 11.833 brugere i behandling. Af disse er 74 pct. i stofmisbrugsbehandling ved kommunen selv, 12 pct. er i behandling ved en anden kommune, 8 pct. er i behandling ved en regional leverandør, og 7 pct. er i behandling ved en privat leverandør.

Kommunernes beslutning om selv at udføre stofmisbrugsbehandling eller købe sig til denne ydelse ved en ekstern leverandør hænger sammen med størrelsen af kommunen. Blandt kommuner med mindre end 50.000 indbyggere er det således kun 34 pct., som selv udfører stofmisbrugsbehandling, mens dette gør sig gældende for 65 pct. af kommunerne med mellem 50.000 og 100.000 indbyggere og for alle kommuner med mere end 100.000 indbyggere (ikke afbildet).

TABEL 13.1

Brugerne i de 82 kommuner fordelt efter, hvem der er leverandør for deres stofmisbrugsbehandling. Antal og procent.

Leverandør	Antal brugere	Procent af brugere
Egne kommunale tilbud	8.738	74
Andre kommuner	1.403	12
Regionale tilbud	899	8
Private leverandører	793	7
I alt	11.833	100

Kilde: Visitor-surveyen.

Endvidere har vi i behandlingssteds-surveyen spurgt til behandlingsstedernes ejerform. Denne opgørelse viser, at hovedparten af behandlingstilbuddene er kommunale tilbud, mens en mindre gruppe er regionale tilbud. 21 pct. af behandlingsstederne er selvejende/fondsejede, mens en lille gruppe drives som anpartsselskaber eller enkeltmandsvirksomheder. Det er navnlig de mindre tilbud og navnlig døgnbehandlingsstederne, der er privatejede, mens særligt de store tilbud er offentligt ejede tilbud.

TABEL 13.2

Behandlingsstederne fordelt efter ejerform. Antal og procent.

	Antal	Procent.
Kommunalt tilbud	76	65
Regionstilbud	6	5
Selvejende/fondsejet	25	21
Anpartsselskab	6	5
Enkeltmandsvirksomhed	4	3
I alt	117	100

UDFØRERKOMMUNER OG BESTILLERKOMMUNER

I det følgende belyser vi brugen af egne behandlingstilbud, tilbud i anden kommune, tilbud ved region og tilbud ved private leverandører.

39 af kommunerne i undersøgelsen udfører selv stofmisbrugsbehandling, hvilket svarer til 48 pct. af kommunerne. Alle disse kommuner udfører selv ambulante samtaler. Derudover har 34 pct. af alle kommuner eget dagbehandlingstilbud, og 7 pct. af kommunerne har eget

døgnbehandlingstilbud. Det er således primært ambulante samtaler og i lidt mindre grad dagbehandling, som kommunerne tilbyder i eget regi.

Tabel 13.3 viser, hvilke behandlingstilbud kommunerne tilbyder i eget regi. Alle kommunerne med egne behandlingstilbud har udrednings- og afklaringsforløb i eget regi. Derudover har næsten alle udfører-kommunerne substitutionsbehandling i eget regi.

TABEL 13.3

Kommuner, der selv udbyder behandling, fordelt efter indholdet af den behandling de selv udfører. Procent og antal.

	Procent af kommuner, som selv udfører stofmisbrugsbehandling	Procent af alle kommuner	Antal
Substitutionsbehandling	92	44	36
Udredning/afklaringsforløb	100	48	39
Individuelle samtaler med psykolog/psykiater	64	31	25
Individuelle samtaler med sundhedsfagligt personale	92	44	36
Individuelle samtaler med anden uddannet behandler	97	46	38
Gruppebehandling	77	37	30
Parsamtaler	59	28	23
Familiebehandling	36	17	14
Sundhedstilbud (fx sårpleje, prævention, vaccinationer)	59	28	23
Værested/café	64	31	25
Afrusning/afgiftning	54	26	21
Botilbud	21	10	8
Halvvejshus	38	18	15
Efterbehandling	87	42	34
Fritidstilbud	36	17	14
Andet	13	6	5

Anm.: n = 82 for alle kommuner og 39 for kommuner, som selv udfører stofmisbrugsbehandling.

Kilde: Visitator-surveyen

31 pct. af alle kommuner tilbyder samtaler med psykolog eller psykiater, 44 pct. tilbyder samtaler med sundhedsfagligt personale, og 46 pct. tilbyder samtaler med behandlere med anden uddannelse i eget regi. Det er således kun to tredjedele af kommunerne, som selv udfører social stofmisbrugsbehandling, der har en psykolog ansat i eget regi. Derudover har

77 pct. af de kommuner, som selv udfører stofmisbrugsbehandling, gruppebehandlingstilbud, og 87 pct. tilbyder efterbehandling. Kun 28 pct. af alle kommunerne har et sundhedstilbud, og 31 pct. har et værested til misbrugere. 17 pct. af alle kommuner har fritidstilbud til stofmisbrugere.

Som det fremgår af tabel 13.4, har de fleste kommuner, som selv udfører stofmisbrugsbehandling, mere end 50 borgere i stofmisbrugsbehandling, og to tredjedele har 100 borgere eller flere i behandling. De fleste kommuner, som har valgt at tilbyde stofmisbrugsbehandling i eget regi, har forholdsvis mange brugere i behandling. 36 af de 39 kommuner har angivet, hvor mange brugere de har i behandling i eget regi. Sammenlagt har de 36 kommuner skønnet at have 8.738 brugere i behandling i eget regi.

TABEL 13.4

Kommuner, der selv udbyder behandling, fordelt efter antallet af brugere. Procent og antal.

	Procent	Antal
1-49	14	5
50-99	19	7
100-149	20	7
150-249	25	9
250-	22	8
I alt	100	36

Kilde: Visitator-surveyen

Visitatorer fra 42 kommuner (53 pct.) har svaret, at kommunen tilbyder stofmisbrugsbehandling, som købes ved en anden kommune. Blandt disse kommuner er der 80 pct., som køber ambulante samtaler ved anden kommune, 61 pct., som køber dagbehandling, og 44 pct., som køber døgnbehandling ved anden kommune. Dette svarer til, at 42 pct. af alle kommuner tilbyder ambulant behandling ved anden kommune, 32 pct. tilbyder dagbehandling, og 23 pct. tilbyder døgnbehandling ved anden kommune.

Af tabel 13.5 fremgår det, at 43 pct. af alle kommuner tilbyder substitutionsbehandling, som købes ved en anden kommune. Derudover tilbyder ca. en tredjedel af alle kommuner samtaler med psykolo-

ger/psykiatere, sundhedsfagligt personale eller behandlere med anden uddannelse samt gruppebehandling, som købes ved en anden kommune.

TABEL 13.5

Kommuner, som køber stofmisbrugsbehandling ved andre kommuner, fordelt efter indholdet af den behandling, som de køber ved andre kommuner. Procent og antal.

	Procent af kommuner, som køber stofmis- brugsbehandling ved anden kommune	Procent af alle kommuner	Antal
Substitutionsbehandling	85	43	33
Udredning/afklaringsforløb	69	35	27
Individuelle samtaler med psykolog/psykiater	62	31	24
Individuelle samtaler med sundhedsfagligt personale	67	34	26
Individuelle samtaler med anden uddannet behandler	64	32	25
Gruppebehandling	64	32	25
Parsamtaler	41	21	16
Familiebehandling	51	26	20
Sundhedstilbud (fx sårpleje, prævention, vaccinationer)	56	29	22
Værested/café	36	18	14
Afrusning/afgiftning	46	23	18
Botilbud	33	17	13
Halvvejshus	46	23	18
Efterbehandling	62	31	24
Fritidstilbud	13	6	5
Andet	3	1	1

Anm.: n = 77 for alle kommuner og 39 for kommuner, som køber stofmisbrugsbehandling af anden kommune, da tre visitatorer har svaret 'ved ikke' til dette spørgsmål.

Kilde: Visitator-surveyen.

Ud af de 42 kommuner, som tilbyder stofmisbrugsbehandling, som de køber ved andet tilbud, har 38 rapporteret, hvor mange brugere de har i behandling ved en anden kommune. I alt skønner disse at have 1.403 brugere i behandling ved en anden kommunal samarbejdspartner. De fleste kommuner, som tilbyder stofmisbrugsbehandling ved en anden kommune, har således forholdsvis få brugere i behandling her.

TABEL 13.6

Kommuner, der køber behandling ved andre kommuner, fordelt efter antallet af brugere i behandling ved disse kommuner. Procent og antal.

	Procent	Antal
1-9	32	12
10-19	11	4
20-49	24	9
50-99	24	9
100-	11	4
I alt	100	38

Kilde: Visitator-surveyen.

31 kommuner benytter en regional leverandør, hvilket svarer til 38 pct. af alle kommuner. Af disse tilbyder 69 pct. ambulante samtaler, 65 pct. dagbehandling og 50 pct. døgnbehandling ved regionale leverandører. Det er således 24 pct. af alle kommuner, som tilbyder ambulante samtaler ved regional leverandør, og henholdsvis 22 og 17 pct., som tilbyder dag- eller døgnbehandling ved regionale leverandører (ikke afbildet).

Fordelingen på typer af indsatser ved regionale leverandører ligner meget fordelingen ved behandling udført af andre kommuner, om end der i mindre grad tilbydes samtaler med psykologer og sundhedsfagligt personale ved en regional leverandør. Færre af kommunerne, som benytter en regional leverandør, tilbyder desuden sundhedstilbud eller værestedstilbud ved denne leverandør. En kommune tilbyder desuden et dagtilbud for psykisk syge misbrugere via regionen.

26 af de 31 kommuner, som benytter regional leverandør, har skønnet, hvor mange brugere de har i stofmisbrugsbehandling ved denne leverandør, hvilket giver 899 brugere i alt. 42 pct. af kommunerne har færre end 10 brugere i behandling ved regionale leverandører, mens 69 pct. har mindre end 50 brugere i behandling ved en regional leverandør. Hver kommune har således forholdsvis få brugere i behandling ved regionale leverandører.

TABEL 13.7

Kommuner, som køber stofmisbrugsbehandling ved regional leverandør, fordelt efter indholdet af den behandling, som de køber ved de regionale leverandører. Procent og antal.

	Procent af kommuner, som køber stofmis- brugsbehandling ved regional leverandør	Procent af alle kommuner	Antal
Substitutionsbehandling	61	22	17
Udredning/afklaringsforløb	57	21	16
Individuelle samtaler med psykolog/psykiater	54	19	15
Individuelle samtaler med sundhedsfagligt personale	46	17	13
Individuelle samtaler med anden uddannet behandler	46	17	13
Gruppebehandling	64	23	18
Parsamtaler	39	14	11
Familiebehandling	46	17	13
Sundhedstilbud (fx sårpleje, prævention, vaccinationer)	29	10	8
Værested/café	18	6	5
Afrusning/afgiftning	39	14	11
Botilbud	36	13	10
Halvvejshus	50	18	14
Efterbehandling	54	19	15
Fritidstilbud	0	0	0
Andet	4	1	1

Anm.: n = 78 for alle kommuner og 28 for kommuner, som anvender regional leverandør, da tre visitatorer har svaret 'ved ikke' til dette spørgsmål. Mulighed for flere svar.

Kilde: Visitator-surveyen.

TABEL 13.8

Kommunerne fordelt efter antallet af brugere i behandling ved regional leverandør. Procent og antal.

	Procent	Antal
1-9	42	11
10-19	12	3
20-49	15	4
50-99	19	5
100-	12	3
I alt	100	26

Kilde: Visitator-surveyen.

62 kommuner, svarende til 77 pct. af alle kommuner, tilbyder stofmisbrugsbehandling, som købes ved private leverandører. Det er i høj grad døgnbehandling, kommunerne tilbyder ved private leverandører, mens 29 pct. køber dagbehandling ved private leverandører, og 21 pct. køber ambulante samtaler ved private leverandører.

Tabel 13.9 viser, at det ud over døgnbehandling især er botilbud, halvvejsbuse og efterbehandlingstilbud, kommunerne køber ved private leverandører.

TABEL 13.9

Kommuner, som køber stofmisbrugsbehandling ved privat leverandør, fordelt efter indholdet af den behandling de køber, Procent og antal.

	Procent af kommuner, som køber stofmis- brugsbehandling ved privat leverandør	Procent af alle kommu- ner	Antal
Substitutionsbehandling	22	17	14
Udredning/afklaringsforløb	22	17	14
Individuelle samtaler med psykolog/psykiater	43	33	27
Individuelle samtaler med sundhedsfagligt personale	16	12	10
Individuelle samtaler med anden uddannet behandler	24	19	15
Gruppebehandling	32	25	20
Parsamtaler	21	16	13
Familiebehandling	22	17	14
Sundhedstilbud (fx sårpleje, prævention, vaccinationer)	8	6	5
Værested/café	3	2	2
Afrusning/afgiftning	63	49	40
Botilbud	51	40	32
Halvvejsbus	63	49	40
Efterbehandling	51	40	32
Fritidstilbud	10	7	6
Andet	2	1	1

Anm.: n = 81.

Kilde: Visitor-surveyen.

57 af de 63 kommuner har skønnet, hvor mange brugere de har i behandling ved private leverandører, hvilket er 793 brugere i alt. De fleste kommuner har således forholdsvis få brugere i private behandlingstilbud, idet 74 pct. har færre end 20 brugere i sådanne tilbud.

TABEL 13.10

Kommunerne, fordelt efter antallet af brugere i behandling ved privat leverandør. Procent og antal.

	Procent	Antal
1-4	30	17
5-9	16	9
10-19	28	16
20-49	21	12
50-65	5	3
I alt	100	57

Kilde: Visitator-surveyen.

OPSUMMERING

I dette kapitel blev kommunernes brug af egne tilbud og eksterne leverandører belyst. Efter ansvaret for den sociale stofmisbrugsbehandling overgik til kommunerne ved strukturreformen i 2007, har ca. halvdelen af landets kommuner (48 pct.) valgt at hjemtage og udføre social stofmisbrugsbehandling. Det er dog de færreste kommuner, der selv varetager al social stofmisbrugsbehandling for kommunens borgere. Langt hovedparten af kommunerne benytter således også i varierende grad tilbud i andre kommuner, regionale tilbud og private leverandører.

53 pct. køber stofmisbrugsbehandling ved andre kommuner, 38 pct. køber stofmisbrugsbehandling ved regional leverandør, og 77 pct. køber stofmisbrugsbehandling ved private leverandører. De fleste kommuner bruger således mere end én leverandør af stofmisbrugsbehandling, og de private leverandører anvendes i de fleste tilfælde til døgnbehandling.

Det er særligt de store og mellemstore kommuner, der selv udfører social stofmisbrugsbehandling, og langt hovedparten af de borgere, der modtager social stofmisbrugsbehandling, er i behandling i tilbud, der er organiseret i kommunens eget regi. Det gælder 74 pct. af alle brugere. 12 pct. er i behandling ved en anden kommune, 8 pct. er i behandling ved en regional leverandør, og 7 pct. er i behandling ved en privat leverandør.

VISITATION OG SAGSBEHANDLING

I dette kapitel belyser vi forhold omkring visitation og sagsbehandling. Det første afsnit handler om strukturen i kommunernes visitationssystemer til den sociale stofmisbrugsbehandling. Som det vil fremgå, er der store forskelle mellem visitationssystemerne, og vi identificerer fem forskellige idealtyper af visitationssystemer baseret på undersøgelsens kvalitative interviewmateriale. Dernæst ser vi på udredningen af brugerne, herunder de redskaber, der benyttes i udredningen. Endvidere ser vi på brugen af sociale handleplaner, og endelig ser vi på brugernes kontakt til deres kommunale sagsbehandler.

STRUKTUREN I VISITATIONSSYSTEMERNE

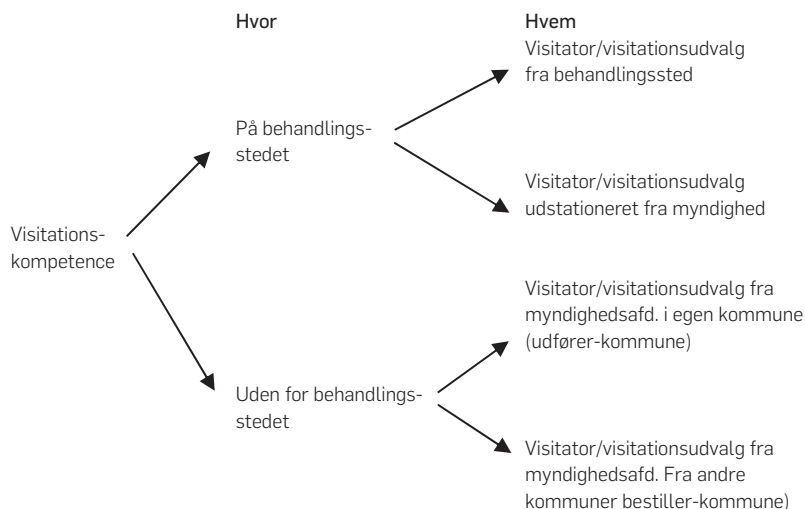
I dette afsnit vil vi præsentere fem eksempler på visitationssystemer, som de bliver beskrevet i de kvalitative interview med visitatorer, myndighedspersoner og behandlingsledere. Undervejs diskuterer vi, hvilke forskelle og ligheder der er mellem visitationssystemerne. Når vi taler om visitation i det følgende, omfatter det både indskrivning og udredning af brugerne samt beslutning om behandling.

Vi vil først kort opridse de mest centrale forskelle mellem visitationssystemerne. Et centralt spørgsmål, når man skal beskrive visitations-

systemer, er placeringen af visitationskompetencen. I figur 14.1 er de forskellige muligheder for placering af visitationskompetencen skitseret.

FIGUR 14.1

Oversigt over mulige placeringer af visitationskompetencen.



Anm.: Idealtypisk model, som ikke afspejler praksis, idet kommunerne kombinerer modellerne i forhold til forskellige brugere, behandlingstyper mv.

Der er tale om en idealtypisk model, som er renset for den kompleksitet og variation, der i praksis er mellem kommunernes visitationssystemer. I praksis er kommunernes visitationssystemer hybrider af forskellige modeller. Det skyldes bl.a., at kommunerne kombinerer elementer af de forskellige modeller. Det kan de fx gøre i forhold til behandlingstype: Visitationskompetencen til ambulant behandling er måske placeret hos en visitator fra behandlingsstedet, mens kompetencen til døgnbehandling er placeret hos myndighedsafdelingen uden for behandlingsstedet. De kan også kombinere modellen i forhold til brugere: Visitationskompetencen til brugere under 25 år er måske placeret hos en visitator i en myndighedsafdeling uden for behandlingsstedet, mens visitationskompetencen for ældre brugere er placeret hos en visitator på behandlingsstedet.

Der er også indbyrdes forskelle mellem kommunerne, som ikke angår visitationskompetencen, men som påvirker betydningen af visitationskompetencens placering. Det betyder, at man, selvom to kommuner

har placeret visitationskompetencen på samme måde, ikke kan sige, at deres visitationssystemer er ens. Der kan fx være to behandlingssteder, hvor hele visitationskompetencen begge steder er placeret uden for behandlingsstedet hos en visitator i egen kommunes myndighedsafdeling, men på det ene sted møder visitatoren brugeren og er selv deltagende i udredningen, mens visitatoren i den anden myndighedsafdeling aldrig træffer brugeren og i praksis blot godkender de ansøgninger til behandling, som kommer fra behandlingsstedet.

Kompleksiteten i kommunernes visitationssystemer skyldes også, at *en* kommune kan have *forskellig* praksis i forhold til forskellige samarbejdspartnere. Hvis en udfører-kommune leverer behandling til flere bestiller-kommuner, kan visitationskompetencen være forskellig i forhold til disse kommuner. Der kan endvidere også være forskel på, hvordan visitationskompetencen er placeret 'på papiret', og hvor den er placeret i praksis.

Nogle af de forskelle (variable), der er mellem kommunernes visitationssystemer, er følgende:

- Visitationskompetencen kan være placeret på eller uden for behandlingsstedet – eller der kan være tale om forskellige kombinationer af begge dele.
- Visitationssystemet til henholdsvis ambulant behandling og døgnbehandling kan være det samme eller forskelligt.
- Visitationssystemet 'på papiret' kan være det samme som i praksis, eller der kan være forskel.
- Der kan indgå forskellige elementer i visitationsforløbet. For eksempel indgår ASI-skemaet³⁶ som en del af visitationen i nogle kommuner og ikke andre.

36. ASI er en forkortelse for Addiction Severity Index, som navnet på et skema, der oprindeligt blev udviklet af den amerikanske misbrugsforsker Tom McLellan i 1980 som et redskab til at vurdere brugeres behandlingsbehov og behandlingseffekt. ASI er det internationalt mest anvendte vurderingsredskab på misbrugsområdet (Christensen, 2002: 62). Inklusive tillæg består skemaet i dag af knap 100 spørgsmål, der vurderer forekomst og alvorlighed af misbrugsrelaterede, psykiske, fysiske og sociale problemer. Spørgsmålene lyder fx: "Hvor vigtigt er det for dig nu at blive behandlet for dine stofproblemer?" (score fra 0 til 4), "Hvor mange dage har du haft alvorlige problemer med din familie de sidste 30 dage inden indskrivningen?" (antal) og "Har du inden for de sidste 30 dage inden indskrivningen på institutionen haft en tydelig periode af kortere varighed, hvor du har haft selvmordstanker?" (ja/nej). ASI-skemaet med tillæg kan ses på denne adresse: www.danris.dk/Download/Tools/EuropASI2008.pdf

- Udredningen kan varetages af visitator eller behandler.
- Visitationen kan varetages af en specialiseret visitator, fx en udstationeret visitator fra myndighedsafdelingen på behandlingsstedet, eller den kan varetages af en behandler på behandlingsstedet.
- Brugerkontakten kan variere. Nogle visitatorer har meget brugerkontakt, mens andre visitatorer aldrig møder brugerne personligt.
- Holdning til døgnbehandling: I nogle kommuner er der truffet en beslutning om, at ambulant behandling altid er førstevalget i visitationen, og at tilbud om døgnbehandling kun gives, hvis det ambulante tilbud viser sig ikke at være nok. I andre kommuner opfordres alle brugere til at forsøge sig med døgnbehandling.
- Holdning til leverandør (for bestiller-kommuner): I nogle bestiller-kommuner stiller man ikke spørgsmålstejn ved de indstillinger til behandling (ambulant som døgn), der kommer fra leverandøren, idet man har tillid til deres faglige vurderinger. I andre kommuner tager man aktivt stilling og er ikke altid enige i leverandørens vurderinger.

Disse og andre forskelle vil vi komme ind på i den følgende gennemgang af fem eksempler. De tre første eksempler er udvalgt blandt udfører-kommuner, dvs. kommuner, som selv udfører stofmisbrugsbehandling, mens de to sidste er udvalgt blandt bestiller-kommuner, dvs. kommuner, der bestiller stofmisbrugsbehandling til deres borgere hos en anden leverandør, fx en anden kommune, som de har en fast samarbejdsaftale med. Eksemplerne er udvalgt mellem de 14 kommuner, som vi har interviewet, og de er udvalgt således, at de præsenterer den størst mulige variation. Ingen af de 14 kommuner har identiske visitationssystemer, men de ni øvrige kommuner, der ikke er udvalgt som case-eksempler, er på forskellig vis blandinger af de eksempler, der præsenteres.

VISITATIONSSYSTEMERNE I TRE UDFØRER-KOMMUNER

Den første kommune, vi har udvalgt, er en udfører-kommune, som også leverer stofmisbrugsbehandling til borgere fra andre kommuner. Deres visitationssystem, som det blev beskrevet i de kvalitative interview, opsummeres i punktform i nedenstående oversigt.

OVERSIGT 14.1

Visitationssystem. Udfører-kommune: Eksempel 1.

Placering af visitationskompetence:

Visitationskompetencen til ambulant behandling ligger på behandlingsstedet, mens visitationskompetencen til døgnbehandling ligger i myndighedsafdelingerne i brugernes forskellige hjemkommuner.

Visitationsforløb:

1. *Første kontakt:* Behandlingsstedet bliver som regel kontaktet direkte af brugeren, men kan også blive ringet op af en sagsbehandler fra en anden kommunal enhed, en psykiatrisk afdeling, brugerens egen læge eller lignende. Behandlingsstedet beder i så fald brugeren om at møde op personligt på behandlingsstedet.
2. *Første samtale og indskrivning:* Brugeren møder op, en behandler får et første indtryk og skriver vedkommende op til behandling.
3. *Brev med aftaler til visitationssamtaler:* Inden for få dage modtager brugeren et brev med tidspunkter for tre samtaler.
4. *Første visitationssamtale:* Samtale med den kommende behandler (kontaktperson). Bruger og behandler snakker bl.a. om, hvad målet for behandlingen skal være.
5. *Anden visitationssamtale:* Samtale med pædagog, som ved hjælp af et ASI-skema kortlægger brugerens sociale forhold og misbrugssituation. Brugerens kontaktperson deltager som regel i samtalen.
6. *Tredje visitationssamtale:* Samtale med læge, som kortlægger brugerens fysiske og psykiske kondition. Brugerens kontaktperson deltager som regel i samtalen. (Denne samtale kan springes over, hvis den ikke er relevant.)
7. *Visitationsudvalg:* Oplysninger fra alle tre visitationssamtaler samles, og et visitationsudvalg på behandlingsstedet beslutter, hvilket ambulant behandlingstilbud brugeren skal tilbydes. I visitationsudvalget sidder brugerens kontaktperson, ASI-pædagogen, lægen og en psykolog fra behandlingsstedet.
8. *Informering af bruger:* Brugeren læser visitationsbeslutningen sammen med enten kontaktperson eller ASI-pædagog. Brugeren har mulighed for at rette i baggrundsoplysningerne. Brugeren skal herefter beslutte sig for, om vedkommende ønsker behandlingstilbuddet eller vil klage.
9. *Døgnbehandling:* Hvis brugeren ønsker eller vurderes at have behov for døgnbehandling, udreder behandlingsstedet bruge-

ren yderligere via bl.a. psykologsamtale(r) inklusive personlighedstest. Behandlingsstedet sammenfatter deres kortlægning af brugeren og anbefaler på den baggrund et bestemt døgnbehandlingssted. Ansøgningen sendes til myndighedsafdelingen i brugerens hjemkommune (kan være samme kommune som behandlingsstedet tilhører). Det er myndighedsafdelingen i den givne kommune, som derefter bevilger eller afslår ansøgningen.

Visitationssystemet i denne kommune beskrives relativt formaliseret og detaljeret. Det er fastlagt og beskrevet, hvilke komponenter der skal indgå i visitationsforløbet, deres indbyrdes rækkefølge, og hvem der skal forestå dem. Der er i alt fire samtaler forud for visitationsbeslutningen, der i øvrigt træffes af et visitationsudvalg. Hvis brugeren skal tilbydes døgnbehandling, foretages der yderligere udredning ved behandlingsstedets psykolog. For at kunne sætte dette visitationssystem i perspektiv vil vi præsentere et andet visitationssystem, før vi nøjere diskuterer karakteristikaene for visitationssystemet i eksempel 1 ved hjælp af de kvalitative interview.

Den næste kommune er en udfører-kommune, som ikke leverer stofmisbrugsbehandling til borgere fra andre kommuner. Deres visitationssystem, som det blev beskrevet i de kvalitative interview, opsummeres i punktform i oversigt 14.2.

Visitationssystemet i eksempel 2 er på flere måder mindre formaliseret og detaljeret fastlagt end visitationssystemet i eksempel 1. For det første er der færre led i visitationsproceduren: I eksempel 1 er der i alt fire samtaler, inden der træffes en visitationsbeslutning, mens der i eksempel 2 kun er to. For det andet er indholdet i de forskellige led mindre skematiserede: I eksempel 1 indgår ASI-skemaet til at kortlægge brugerens sociale forhold og misbrugssituation. Det gør det ikke i eksempel 2 (Behandlingslederen oplyser dog, at man har planer om, at ASI-skemaet i fremtiden skal indføres som en del af visitationssamtalen). For det tredje er der en person mindre involveret i visitationen i eksempel 2. I begge eksempler er der en behandler, som brugeren har den første samtale med. Denne person kan blive deres kontaktperson, men det kan også være, at brugeren får tildelt en anden kontaktperson. En læge indgår i begge visitationssystemer. I eksempel 1 er der derudover både en ASI-

pædagog og en psykolog, mens der i eksempel 2 kun er en behandlingsleder.

OVERSIGT 14.2

Visitationssystem. Udfører-kommune: Eksempel 2.

Placering af visitationskompetence:

Visitationskompetencen til både ambulant og døgnbehandling ligger på behandlingsstedet.

Visitationsforløb:

1. *Første kontakt:* I langt hovedparten af tilfældene tager en bruger selv direkte kontakt til behandlingsstedet. I de resterende tilfælde er det andre instanser, såsom den kommunale arbejdsmarkedsforvaltning, børne- og ungeforvaltning, Kriminalforsorgen, egen læge eller pårørende, der kontakter behandlingsstedet.
2. *Første samtale:* Brugeren får en samtale med en af behandlingsstedets misbrugskonsulenter, som vurderer, hvordan brugerens sociale situation og misbrugssituation ser ud aktuelt, og hvad stofmisbrugeren har behov for.
3. *Behandlingsmøde:* Behandlingslederen vurderer sammen med misbrugskonsulenterne, hvilken misbrugskonsulent der skal varetage brugerens sag, og der fastsættes en dato for visitationssamtale.
4. *Visitationssamtale og indskrivning:* Den valgte misbrugskonsulent snakker med brugeren og udfylder indskrivningsblanketter.
5. *Lægesamtale:* Lægen vurderer, evt. i samråd med misbrugskonsulent, om brugeren skal have medicinsk hjælp til nedtrapning eller stabilisering eller have længerevarende substitutionsbehandling.
6. *Døgnbehandling:* Hvis brugeren ønsker eller vurderes at have behov for døgnbehandling, bliver det drøftet på et nyt behandlingsmøde, hvorefter misbrugskonsulenten udfærdiger en ansøgning, og behandlingslederen på behandlingsstedet enten bevilger eller afslår døgnbehandlingen.

Den væsentligste forskel i visitationssystemerne mellem eksempel 1 og eksempel 2 angår dog visitation til døgnbehandling. I eksempel 1 påbegyndes der i tilfælde af døgnbehandlingsønske en yderligere udredning,

hvor psykologen også bliver involveret i visitationsforløbet og supplerer udredningen med tiltag såsom personlighedstest for at afgøre, hvilket døgnbehandlingstilbud der vil passe til brugeren. Der skal herefter udfærdiges en ansøgning, som sendes til en myndighedsafdeling i enten egen eller bestiller-kommune. I eksempel 2 er det brugerens egen misbrugskonsulent, som står for den yderligere udredning og ansøgning, og behandlingslederen, som beslutter, hvorvidt ansøgningen skal imødekommes. I det andet eksempel skelnes der således ikke mellem ambulant og døgnbehandling i visitationssystemet. Det er de samme personer, der udreder og visiterer til ambulant behandling, som det er til døgnbehandling. I første eksempel er procedurerne, som det fremgår, derimod forskellige, og der indgår forskellige personer. Psykolog og myndighedsafdeling inddrages kun i tilfælde af døgnbehandlingsansøgning.

Forskellene handler også om, hvor visitationskompetencen er placeret. I eksempel 1 er visitationskompetencen til døgnbehandling eksternt placeret. Behandlingslederen fra kommunen i eksempel 1 forklarer:

I amtets tid lå visitationen i behandlingscentret. Både til døgnbehandling og til ambulant behandling. Da vi så laver kommunalreformen, skal kommunen jo få borgere tættere på det hele. Derfor overgår det til kommunen. Her i kommunen laver man så en intern samarbejdsaftale, hvor man bliver enige om, at visitationen til ambulant lægges ud til behandlingsstederne, fordi det er det mest smidige, men for at styre et så dyrt område som døgnbehandling, vil kommunerne selv styre døgnvisitation.

I eksempel 2 er hele visitationskompetencen placeret på behandlingsstedet. Det er behandlingslederen her meget tilfreds med. Han forklarer:

Jeg synes, det er en kvalitet, at vi kan drøfte døgnbehandling på behandlingsmøder, og så laver medarbejderne en ansøgning, og så tager jeg stilling til det. Det, synes jeg, er smidigt og hurtigt. Vi kan teoretisk set sende folk i døgnbehandling i løbet af en uge – også selvom der skal nås et forbesøg. Vi gør det sjældent, men jeg synes, det er en kvalitet, at der er sådan en smidighed i det. Også den tillid, kan man sige, den tillid til os, at vi gør det ...

Man er nødt til også at satse på fleksibiliteten. Man er nødt til at være fleksibel. Det betyder ikke, at man ikke kan sige nej engang imellem. Det kan vi nemlig godt ... [Nævner en anden kommune], de trak hele kompetencen til sig. De kunne ikke bevilge døgnbehandling. Det kan jeg jo sidde og bevilge. Det kan jeg stadigvæk inden for den ramme [fast bevilling på et antal millioner kroner] selvfølgelig, som der er her, men vi skal ikke sende det over i myndighedsfunktionen, hvor der er nogle mennesker, som måske ikke har kendskab til stofmisbrug, som skal sidde og beslutte det.

De kvalitative interview viser, at holdningen til døgnbehandling er forskellig i de to kommuner, der her bruges som eksempler. I eksempel 1 fortæller behandlingslederen: ”at man primært satser på ambulant behandling i [denne] kommune” og forklarer:

Vi har jo et ambulant behandlingstilbud. Det er det primære behandlingstilbud. Det er jo også historisk betinget, da amterne i sin tid overtog monopolet på behandlingen, vedtog man i [dette] amt efter grundig research, at man ville putte pengene i ambulant behandling, for så kunne man se, at man fik fast plads til flere, og så ville man købe døgnbehandlingen ved leverandører udefra. Det er lidt dyrt at drive døgnbehandling. Det har været den overordnede filosofi, og det er også det, man har overtaget i kommunen, så det er primært ambulant. Og så er vi jo heldige, at vores valg er blevet underbygget af Center for Rusmiddelforskningens undersøgelser plus nogle egne undersøgelser, vi lavede i [kommunen/amtet], som viser, at døgnbehandling ikke er bedre end ambulant og omvendt, men det handler om at finde det rigtige tilbud til den rigtige person. Mange gange viste undersøgelsen, at de hurtige døgnanbringelser giver meget hurtige udskrivninger. Så vi har fået opbygget en tradition for, at vi har en grundig udredning. Hvis den så peger på døgn, ligger der en grundig udredning og et motivationsskabende arbejde forude. Så det er ambulant behandling, og det er substitutionsbehandling.

I denne kommune er ambulant behandling det primære behandlingstilbud ifølge behandlingslederen. Den ambulante behandling består af sub-

stitutionsbehandling og samtaler, nogle gange gruppebehandling, men det er primært individuel behandling. Han fortæller, at der på interviewtidspunktet er et antal brugere i døgnbehandling, som svarer til 4 pct. af alle aktuelt indskrevne brugere.

I eksempel 2 bliver der beskrevet en anden holdning til døgnbehandling. Behandlingslederen fortæller, at brugerne regelmæssigt bliver opfordret til at komme i døgnbehandling:

Behandlingslederen: Man opfordrer selvfølgelig folk jævnligt – uden at presse dem og uden at stresse dem – til, om de har lyst til at komme i døgnbehandling ... Dels har vi opfordret folk til at få et døgntilbud, dels har de selv søgt et døgntilbud. Der var ikke nogen, som har fået afslag på at komme i døgnbehandling [sidste år].

Interviewer: Er døgnbehandling også noget, man snakker med ældre brugere om?

Behandlingslederen: Ja, ja. Center for Rusmiddelforskning har jo lavet undersøgelser, som siger, at i slutningen af 20'erne og slutningen af 30'erne er der faktisk størst chance for at blive stoffri, fordi så har de været stofmisbrugere i nogle år, og så mærker de konsekvensen af det at være stofmisbruger.

Brugerne i denne kommune opfordres ifølge behandlingslederen til at komme i døgnbehandling. Der er ifølge behandlingslederen ikke givet afslag på ansøgninger om døgnbehandling i det forgangne år. Med hensyn til, hvor mange brugere der har været i døgnbehandling, siger behandlingslederen følgende:

Interviewer: Det lyder også, som om I sender ret mange brugere i døgnbehandling?

Behandlingslederen: Ja, det er faktisk godt 20 pct. Er det meget i forhold til andre kommuner?

Interviewer: Ja, det tror jeg.

Behandlingslederen: Ja, men det kan også godt være, du har ret, for der er jo nogen [kommuner], der siger: Hvad får vi for vores penge? Vi kan jo lave meget mere ambulant. Det er jo billigere. Så det kan godt være. Men det er jo også, fordi vi sådan satser på stoffriheden.

Behandlingslederen fortæller, at lidt mere end 20 pct. af brugerne var i døgnbehandling (andelen gælder for det forgangne år), og forbinder forbruget af døgnbehandling med en satsning på stoffrihed. Behandlingslederen fra eksempel 2 er dog også inde på, at døgnbehandling er en bekostelig affære, som de søger at forkorte ved at gøre brug af halvvejshuse og ambulant for- og efterbehandling. Han fortæller:

De [Brugerne] starter ambulant her, så kommer de i døgnbehandling, og så kommer de i vores halvvejshus. Så bliver de udskrevet derfra, og så kommer de i ambulant. Der er også en økonomisk fordel [i at gøre det på den måde], fordi vi kan faktisk korte døgnbehandlingen. Den koster jo mellem 35-45.000 kr. Så kan man korte døgnbehandlingen, og så kan man få flere i døgnbehandling.

Selvom holdningen til døgnbehandling er meget positiv på behandlingsstedet i eksempel 2, er man altså stadig opmærksom på de økonomiske omkostninger.

I eksempel 3 er der også tale om en udfører-kommune, dvs. en kommune med egen stofmisbrugsbehandling. De har ingen samarbejdsaftaler om at levere stofmisbrugsbehandling til borgere fra andre kommuner, men har nogle enkelte borgere fra en anden kommune, som har valgt deres behandlingstilbud. Deres visitationssystem, som det blev beskrevet i de kvalitative interview, opsummeres i punktform i oversigt 14.3.

Det, der adskiller visitationssystemet i eksempel 3 fra visitationssystemerne i eksempel 1 og 2, er først og fremmest 'visitor-leddet'. I eksempel 1 havde brugeren samtaler med sin kontaktperson, en ASI-pædagog og en læge, og visitationsbeslutningen blev derefter truffet i et visitationsudvalg. I eksempel 2 havde brugeren en samtale med en misbrugskonsulent, og visitationsbeslutningen blev derefter truffet på et behandlingsmøde med behandlingslederen. I eksempel 3 er det en egent-

lig visitator, som indkalder brugeren og har to visitationssamtaler, hvorefter han visiterer brugeren videre til en behandler på behandlingsstedet.

OVERSIGT 14.3

Visitationssystem. Udfører-kommune: Eksempel 3.

Placering af visitationskompetence:

Visitationskompetencen til både ambulant behandling og døgnbehandling er placeret hos en visitator, der organisatorisk tilhører kommunens myndighedsafdeling, men fysisk er placeret på behandlingsstedet.

Visitationsforløb:

1. *Første kontakt:* Behandlingsstedet får en henvendelse fra en bruger, en pårørende, jobcentret, arbejdspladsen eller andre institutioner.
2. *Indkaldelse:* En visitator på behandlingsstedet indkalder brugeren til samtale.
3. *Indskrivning og første visitationssamtale:* Visitatoren snakker med brugeren om dennes oplevelse af sine problematikker og påbegynder udfyldelse af et ASI-skema.
4. *Anden visitationssamtale:* Visitator færdiggør udfyldelse af ASI-skema og udarbejder handleplan.
5. *Visitation:* Visitatoren visiterer brugeren til ambulante, individuelle samtaler hos en behandler på behandlingsstedet. Behandleren vurderer, om brugeren er interesseret og egnet til gruppebehandling.
6. *Døgnbehandling:* Hvis behandleren efter et forløb med individuelle samtaler og/eller gruppebehandling vurderer, at brugeren vil profitere af døgnbehandling, så bliver det taget op på et teammøde. Visitator eller behandler arbejder med at identificere de problematikker, brugeren skal have bearbejdet i døgnbehandling, og visitatoren matcher bruger og døgnbehandlingssted. Teammødet har bevillingskompetencen.

De visitatorer, der er på behandlingsstedet i eksempel 3, er fysisk placeret på behandlingsstedet, men tilhører organisatorisk myndighedsafdelingen i socialforvaltningen. Chefen for myndighedsafdelingen beskriver strukturen således:

Det er sådan, at myndighedsdelen er forankret her hos mig i administrationsdelen. Det, vi så har gjort, er, at vi har udstationeret myndighedsdelen der, hvor det gav mening, dvs. der, hvor borgeren er. Og vi får aldrig disse borgere ind over disken her, så derfor flytter vi ud, hvor det giver mening ... Det blev modtaget til alles tilfredshed, så på den måde er det en rigtig løsning i forhold til dette. Det er jo ikke ensbetydende med, at det er fuldstændig let, fordi som myndighedsperson skal man jo have opfattelsen af, at man tilhører en organisation her, men man er udstationeret i en anden sammenhæng, i en anden kultur, derfor skal man kunne være begge steder. Tilhørsforholdet er der ingen diskussion om – det er myndighedsdelen – men man udøver sin myndighed i en anden kontekst.

Visitatorens opgave i visitationssystemet er at foretage den indledende udredning, inkl. udfyldelse af ASI-skemaet, udarbejde en handleplan med brugeren og endelig viderevisitere til en behandler på behandlingsstedet. Visitatoren siger følgende om sin rolle:

Jeg skal jo passe på, at jeg ikke går ind og fortæller, hvad der er god behandling i behandlingsregiet, for det er jo ikke det, jeg står for. Det, jeg skal sikre mig, er, at jeg får det rigtige med: De rigtige oplysninger om borgeren til at kunne sige, at det er det, som man skal arbejde hen imod, når jeg skal skrive en handleplan. Men det kan jeg jo ikke vide, fordi det er to samtaler, jeg har med en borger. Jeg vil i hvert fald sikre mig, at jeg får det mest væsentlige og vigtige med, som jeg vurderer ud fra det, jeg får at vide, som gør, at det i hvert fald er det, der skal arbejdes videre med hos en behandler for at gøre dette menneske helt igen, eller i hvert fald arbejde hen mod det.

Visitatoren har to samtaler med borgeren og skal først og fremmest sikre sig, at de væsentligste oplysninger om brugeren kommer frem her. Han fortæller, at han efterfølgende sender ”borgeren videre til en behandler til en dybere udredning”. Visitatoren fortæller, at det er en anstrengende oplevelse for mange brugere at fremlægge deres liv og problemer samt medvirke til en udarbejdelse af en handleplan for fremtiden i løbet af to møder med visitatoren.

Når de kommer, så er de så fyldte, så angste og nervøse, og jeg er inde omkring rigtig mange ting, hvor jeg prikker på nogle ting, som gør ondt. Så er de fuldstændig bombet, når jeg er færdig med dem ... Jeg laver jo en overordnet udredning på, hvad det er for et menneske, jeg sidder med. Og når de så kommer anden gang, så laver jeg handleplan med dem, som også gør rigtig ondt, fordi det er der, hvor de skal ind og forholde sig til, hvad det er for noget stof, de tager, og hvor meget de tager, og hvad det gør ved dem socialt.

Visitatoren fortæller, at det i nogle tilfælde kan være svært at lave en indledende udredning af alle brugerens problemer uden samtidig at kunne tale nøjere med brugeren om det. Han fortæller:

Så skal jeg jo sidde og stille alle de spørgsmål, og samtidig så kommer der en masse ting op ud fra alle de spørgsmål, der skal besvares, som borgeren måske ikke lige har tænkt over, som jeg begynder at pille ved. Dem bliver jeg nødt til at tage mig af, men det har jeg bare ikke den fornødne tid til – desværre. Og der kan de godt, fornemmer jeg, miste gejsten, fordi jeg prikker hul på noget, som jeg alligevel ikke kan tage mig af, og det er jo rigtig, rigtig ærgerligt. Fordi de er utroligt sårbare i forvejen, når de kommer ... Det er en meget sårbar gruppe, vi arbejder med, og de har ikke brug for, at vi bare overfladisk tager os af dem, eller at jeg bare overfladisk lytter til dem. De har langt om længe samlet mod til at komme til mig med deres problematik, og så forventer de selvfølgelig også, at jeg har tid til dem, og det har jeg desværre ikke altid, og det synes jeg er rigtig, rigtig ærgerligt.

Visitatoren fortæller dog også, at han kan bruge forskellige teknikker til at gøre visitationssamtalerne lettere for begge parter:

Jeg er jo så heldig, at jeg er uddannet afspændingspædagog også, og det er egentlig ikke, fordi jeg skal bruge det, men på grund af min baggrund og tidligere erfaring, så ved jeg jo, det hjælper ... Jeg gør det, fordi, hvis vi skal have den gode samtale og den gode kontakt med borgeren, så er det vigtigt, at de får ro på og føler sig værdifulde. Og det gør jeg gerne. Jeg bruger gerne af-

spændingsteknikkerne for, at de kan falde til ro og få ro i deres hoved, så vi kan få en ordentlig samtale.

Visitatorerne på behandlingsstedet i eksempel 3 fungerer som indgang for behandling for alle nytilkomne brugere. I tilfælde af mange nyhenvendelser eller andre former for tidspressede perioder kan det imidlertid være nødvendigt at ændre på procedurerne, fortæller visitatoren.

Tidsmæssige ressourcer kan gøre, at jeg måske nogle gange kommer til at skulle gøre det omvendt, fordi jeg ikke har tiden, et hul i kalenderen til at få en ny borger ind. Så bliver jeg nødt til at gøre det omvendt, så de kommer ind til behandleren først, og så må jeg lave udredningen bagefter ... Fordi vi skal jo sikre borgerens rettigheder, når de retter henvendelse, så er der jo en 14-dages garanti, som vi skal overholde ... Hvis borgeren kommer ind til en behandler først, som jo så får alle de der oplysninger, som jeg jo egentlig skulle have og give videre ... det gør selvfølgelig, at det bliver lidt bagvendt, og så skal de til at fortælle tingene én gang til.

Det, som visitatoren visiterer til, er altid ambulante, individuelle samtaler til at starte med. Han forklarer:

Til at starte med, så visiterer jeg altid til individuelle samtaler. Borgeren kan måske have et ønske om at komme i gruppe, hvor man siger: ”Det kan jeg sagtens følge.” Men inden jeg kan visitere ind til gruppen, så er det vigtigt, at de lige kommer ned og snakker med en behandler først. Den første visitation går altid til en behandler med individuelle samtaler. Og så snakker de med behandleren ... Det kan være, at de simpelthen er så forskruede i hovedet på grund af stoffer, at de ikke magter at komme ind [i gruppebehandling] endnu. Det er jo ikke kun individet selv, man skal tænke på, når én skal visiteres ind i en gruppe, der er jo en hel gruppe, jeg skal tænke på ... Så det er simpelthen for at sikre hele vejen rundt, men specielt den borger, der kommer ind. Det er jo ikke nødvendigt at sætte dem ind til en gruppe, som er vel-fungerende, og så kommer de ind og er så forstyrrede i hovedet, at de ødelægger mere end de gavner. Fordi det går også ud over

brugeren selv, som får endnu et nederlag, og det har de ikke brug for.

Visitatoren anfører her to argumenter for, at brugeren ikke kan visiteres videre til gruppebehandling umiddelbart efter de to visitationssamtaler: For det første kan det gå ud over en velfungerende gruppe, såfremt det viser sig, at brugeren er for 'forstyrret' til at indgå i gruppebehandling, og for det andet kan det være et nederlag for brugeren. Visitation til døgnbehandling er heller ikke en mulighed, som visitatoren opererer med som visitationsmulighed efter de to visitationssamtaler. Han forklarer:

Visitor: Hvis en borger kommer ind og siger til mig, at han/hun gerne vil i døgnbehandling, så sender jeg jo ikke bare vedkommende af sted i døgnbehandling. Jeg skal jo finde et sted, som matcher den person, og det kan vi kun gøre ved lige at tage dem ind og have nogle samtaler med en behandler. Så finder vi ud af, hvad den her person står for, og så går vi ind og finder tilbud, som matcher ... De skal ind til behandleren først, som laver en dybere udredning på dem. Det er et krav. Og så tænker jeg også, at man godt kan sige, at behandlingsgarantien siger 14 dage, den siger ikke, at de skal være i døgnbehandling, de skal bare være i behandling. Og eftersom vi selv har behandlingsmuligheder, så er det selvfølgelig det, som vi visiterer til i første omgang. Er der brug for mere og behov for mere, som vi ikke kan stå inde for, så er det selvfølgelig det, vi kigger på, men ikke i første omgang. Der skal man have lavet en større udredning. Og jeg tænker også, at man godt kan stille krav til, at borgeren måske skal vise motivation for at komme af sted, fordi nogle steder koster det jo 60.000 kr. om måneden. Det er mange penge at skulle bruge på en borger, hvis man skal sige det sådan. Så jeg tænker, at man godt kan stille krav om, at der i hvert fald som minimum skal være motivation og vise, at det her virkelig er noget.

Interviewer: Hvordan kan borgeren vise det?

Visitor: Det kan de jo vise ved at vise motivation for den del af behandlingen, som vi yder her i kommunen og leve op til det:

passe behandlingen, gå i gruppebehandling. Så skal de være her i de dage, hvor der er gruppebehandling. Man skal deltage aktivt og virkelig vise, at: ”Det her er sgu noget, jeg vil.” Og det gør de heldigvis.

Visitatoren anfører her flere begrundelser og argumenter for, at hans første visitation aldrig er døgnbehandling. For det første skal brugeren udredes mere, end det er muligt ved de to visitationssamtaler, som brugeren har med visitatoren, inden hun/han viderevisiteres til en behandling. Behandleren skal således foretage en ’dybere udredning’, inden brugeren eventuelt kan komme i døgnbehandling. Det skal også gøre det muligt for visitatoren at matche brugeren med det rigtige døgnbehandlingstilbud. For det andet har brugeren krav på et behandlingstilbud, men det behøver ikke være døgnbehandling, og kommunen har selv et ambulant behandlingstilbud, som måske er nok. Hvis det ambulante behandlingstilbud viser sig *ikke* at være nok, så kan man derefter kigge på det. For det tredje er han inde på, at brugeren skal vise motivation for at komme i døgnbehandling, og det bliver vist ved at møde op til behandlingsaftaler i kommunens tilbud, deltage aktivt og vise, at behandling er noget, man vil.

Visitationschefen uddyber og forklarer kommunens holdning til døgnbehandling og visitation til døgnbehandling således:

Vi har i forbindelse med vores budgetlægning defineret en holdning om at for at behandle folk, så er det ikke kun døgnbehandling, der er tale om. Vi har en ramme til døgnbehandling, som indikerer, at vi sådan ca. har [X] årspladser til døgnbehandling. Så har vi en klar holdning til, at behandling og behandlingsgarantien og alt det, ikke kun er et spørgsmål om at tilbyde døgnbehandling, men det er et spørgsmål om at gå i dialog og udfordre den enkelte i forhold til de dagligdagskontekster, de nu er i. Derfor gør vi meget ud af dagbehandling. Vi gør meget ud af at støtte op om motivation og afklaringsforløb ... Der er også velmenende og kloge folk på det her område, som siger: ”Døgnbehandling er det eneste, der virker.” Og det er vi lodret uenige i. Når der kommer en borger, så kan man jo godt sige: ”Jeg vil i døgnbehandling,” fordi man simpelthen skal væk fra det morads, der foregår omkring én. Det synspunkt er ikke særligt gennem-

tænkt. Og dem udfordrer vi selvfølgelig, fordi vores holdning er den modsatte. Så vi er på den måde meget styrende i, hvad det er for et tilbud ... Det er ikke, fordi vi ikke vil sige ja til døgnbehandling, men når folk kommer og siger, at de gerne vil i døgnbehandling, så er det ikke sikkert, det er det rigtige valg for den enkelte borger. Der kan være kontekster eller årsager til, at man lige netop siger, som man gør. Så lad os lige prøve at få en snak om, hvad der er på færde her. Det er det, som jeg dybest set mener.

Visitationschefen fortæller, at holdningen om, at behandling ikke nødvendigvis er lig døgnbehandling, blev defineret i forbindelse med budgetlægningen. Han mener, at døgnbehandling ikke er det eneste, der virker og fortæller, at man gør meget ud af den ambulante behandling i kommunen. Samtidig anfører han, at brugernes ønsker om døgnbehandling ikke nødvendigvis er gennemtænkte eller det rigtige valg for den enkelte. De brugere ”udfordrer vi selvfølgelig”, fortæller han.

Holdningen til døgnbehandling i eksempel 3 er meget lig holdningen i eksempel 1. I begge kommuner har man taget en central beslutning om, at det kommunale, ambulante behandlingstilbud som udgangspunkt altid er førstevalget. Den første visitation af brugerne er til et ambulant og individuelt behandlingstilbud. Døgnbehandling kommer først på tale, hvis der efter en periode i ambulant behandling stadig er eller opstår et ønske om/behov for døgnbehandling. Holdningen kan tolkes som et udtryk for et princip om nærhed og mindste indgriben, dvs. at man ikke vil give brugeren en omkostningsfuld og højintensiv indsats væk fra lokalmiljøet, hvis kommunens eget ambulante tilbud er ’nok’. ’Nok’ kan måles ud fra mange parametre: Er det nok, hvis brugeren er tilfreds? Er det nok, hvis brugeren får det bedre? Er det nok, hvis behandleren vurderer, at tilbuddet er optimalt? Eller skal det måles på, om brugeren opnår stoffrihed? I de kvalitative interview fra kommunerne bag eksempel 1 og 3 bliver målestokken for, hvorvidt et ambulant behandlingstilbud er ’nok’, defineret i et samspil mellem bruger og behandler. Hvis hverken bruger eller behandler bringer ønsket på banen, så er det ambulante behandlingstilbud ’nok’.

I eksempel 2 giver behandlingslederen udtryk for en anden holdning til døgnbehandling end i eksempel 1 og 3. Han fortæller, at brugerne regelmæssigt opfordres til at komme i døgnbehandling og frem

for at fortælle, at man udfordrer brugere, der ønsker døgnbehandling, på hvorvidt det er det rigtige, fremhæver han, at man ikke har givet nogen brugere afslag. Han forbinder forbruget af døgnbehandling med, at kommunen satser på stoffrihed, hvilket dermed bliver målestokken for, hvorvidt et behandlingstilbud er nok.

Der ser ud til at være en sammenhæng mellem holdningen til døgnbehandling på den ene side og procedurer for visitation til netop døgnbehandling på den anden. I de to kommuner, hvor ambulant behandling defineres som det primære behandlingstilbud, er der *forskellige* visitationsprocedurer for henholdsvis ambulante behandlingstilbud og døgnbehandlingstilbud. I den kommune, hvor man ikke har taget denne principielle beslutning, skelner man derimod ikke, og der er *samme* visitationsprocedurer for de to typer behandlingstilbud. Ligeledes har de to kommuner, hvor ambulant behandling defineres som det primære behandlingstilbud, det til fælles, at visitationskompetencen til døgnbehandling er *ffjernet* i et eller andet omfang fra behandlingsstedet, hvilket ikke gør sig gældende i kommunen, hvor man opfordrer brugerne til døgnbehandling. Her har man *bevaret* visitationskompetencen til døgnbehandling på behandlingsstedet. Hvorvidt det er holdningen til døgnbehandling, der har formet procedurerne, eller om det omvendt er procedurerne, der har haft en afsmittende virkning på holdningerne, det kan case-eksemplerne ikke fortælle.

VISITATIONSSYSTEMER I TO BESTILLER-KOMMUNER

I dette afsnit behandler vi to eksempler på bestiller-kommuner. Den første bestiller-kommune (eksempel 4) køber al stofmisbrugsbehandling i en anden kommune via en samarbejdsaftale. Deres visitationssystem, som det blev beskrevet i de kvalitative interview, opsummeres i punktform i oversigt 14.4.

OVERSIGT 14.4

Visitationssystem. Bestiller-kommune: Eksempel 4.

Placering af visitationskompetence:

Visitationskompetencen til både ambulant behandling og døgnbehandling ligger i bestiller-kommunen, hvor den er placeret i en ren visitationsafdeling.

Visitationsforløb:

1. *Første kontakt:* Brugeren henvender sig som regel direkte til leverandøren, men kontakten kan også formidles gennem eksempelvis egen læge. Den formidles aldrig gennem visitationsafdelingen i bestiller-kommunen.
2. *Udredning:* Det er leverandøren, der står for udredningen af brugerens behandlingsbehov.
3. *Ansøgning:* Leverandøren sender en ansøgning til visitationsafdelingen om et behandlingstilbud til brugeren.
4. *Visitation:* Visitationsudvalg tager stilling til ansøgningen og bevilger som minimum et ambulant behandlingstilbud. De sender svar tilbage til leverandøren.
5. *Døgnbehandling:* Leverandøren sender en ansøgning til visitationsafdelingen, som herefter på et visitationsudvalgsmøde giver afslag eller tilsagn hertil.

I eksempel 4 ligger visitationen til stofmisbrugsbehandling i en visitationsafdeling, der udelukkende varetager visitation på en lang række områder. Ud over visitation til stofmisbrugsbehandling visiterer man eksempelvis til personlig og praktisk hjælp, træning, bolig og hjælpemidler til en række andre grupper, såsom handicappede og ældre. Visitationsafdelingen er en ren myndighedsafdeling, dvs. at den ikke varetager driften af nogen tilbud. Visitorerne møder aldrig brugerne ansigt til ansigt, men foretager det, de kalder en administrativ visitation. Det vil sige, at de modtager en skriftlig ansøgning om behandlingstilbud til brugeren, som de derefter besvarer. Visitationschefen forklarer:

Vi kender jo ikke borgeren, og vi gør også en dyd ud af ikke at kende borgerne. Det var det, jeg sagde før med, at når mennesker mødes, sker der nogle ting, og selvom man er professionel, så sker der stadig nogle ting. Så for at holde uvildigheden har vi intet med borgerne at gøre. Vi har sagt nej tak til alle tilbud, hvor

vi har været inviteret, også på nogle af behandlingsstederne. De har været meget søde at invitere os til deres sociale arrangementer, som vi dybest set godt kunne have haft lyst til at gå med til, men vi har simpelthen meldt fra af samme grund. Det er jo [leverandøren], der laver den del.

Leverandøren står for driften af behandlingen og dermed også brugerkontakten, mener visitationschefen. Hun begrundet adskillelse i drift og myndighed således:

Man holder jo drift og myndighed adskilt, fordi man vil have en uvildig vurdering. Sandsynligvis også af økonomiske hensyn, tænker jeg, at man har tænkt politisk. Denne uvildighed får du jo aldrig på samme måde, hvis du lader drift og myndighed være sammen ... Det er rigtigt skægt at se den udvikling, der er foregået med dem [visitatorerne i afdelingen], og flot, fordi de har måttet flytte sig fra det ekstremt omsorgsfulde, som helt naturligt kommer, når man er i meget kontakt med borgerne, til den meget mere professionelle og nøgterne vurdering ud fra nogle kvalitetsstandarder.

En af kommunens visitatorer blev også interviewet og blev bl.a. spurgt: "Hvordan er det at tage stilling til ansøgningerne, når du ikke har set borgeren?" Hun svarede følgende:

Jeg vil sige, at nogle af ansøgningerne er skrevet så godt, at man med min baggrund godt kan danne sig et billede af borgeren. Så er der andre, hvor man kan gå ind og stille en masse supplerende spørgsmål. Nok mest til at starte med, da vi havde misbrugsområdet, syntes jeg, at det kunne være rart at have borgerkontakten, men jeg kan godt se, at det, at vi ikke har det, gør, at man kan behandle sagerne mere nøgternt. Du har ikke nogle følelser i klemme over for den enkelte borger. Du er ikke suppet ind i deres tvangsfjernelser af børn osv. Det er bare nogle ord på et stykke papir her. Jeg synes, det er en god måde, vi gør det på, men det kræver selvfølgelig, at ansøgningerne er skrevet ordentligt ... Det at være professionel kan hurtigt ryge, når du bliver følelsesmæssigt involveret i borgerne.

Visitatoren mener, at man kan behandle sagerne mere nøgternt og professionelt, når man ikke møder brugerne og bliver følelsesmæssigt involveret i deres sags. Hun er uddannet sygeplejerske og visitationer til stofmisbrugsbehandling er kun en mindre del af hendes arbejde.

Både visitator og visitationschef fortæller, at man ofte er uenige i den linje, leverandøren lægger i forhold til brugerne på behandlingsstedet. Visitationschefen fortæller:

De har generelt en meget blødere holdning til borgerne, end vi har her. Og for os handler det ikke om pengene, for så kunne man sige: "Nå, det er en myndighed. De sidder og passer på pengene." Det skal vi jo selvfølgelig også, så vidt det er muligt, men samtidig skal vi også give tilsagn på behandling, hvor det er nødvendigt. Så det er bare for at præcisere, at det ikke er et spørgsmål om penge. Det er et spørgsmål om holdning.

Visitationschefen mener således, at leverandøren bør stille flere krav til brugerne. Visitationschefen forklarer:

Du er nødt til at høre på borgeren. Det er [leverandøren] gode til. Næsten for gode. Jeg synes jo også, man skal stille nogle krav til borgerne og tydeliggøre forventningerne gensidigt. Det er også noget jeg savner lidt fra [leverandøren] ... Noget med, at man sætter sig ned og spørger borgeren, hvad det er, der gør, at du ønsker det her. ... Der er [leverandøren] meget blødere end den holdning, vi har ... Det sker jævnligt, at man i ansøgningen næsten kan høre, hvor ondt de har af dem. Så søger de om, at de kan få et døgnophold i stedet for fængselsdommen. Det kan jo være relevant i nogle tilfælde, men i andre tilfælde kan man læse, at det bare handler om at komme ud. Der tænker jeg nogle gange, at det kan godt være, det var meget sundt at være deroppe [i fængsel] og så få den behandling. De kan jo sagtens få en behandling, bare ikke en døgnbehandling, mens de er der. Men det er holdninger.

Visitationschefen efterlyser flere krav og en mere kritisk stillingtagen til brugernes ønsker. Det er ikke kun den bløde linje med manglende krav, denne bestiller-kommune er utilfreds med. De er også utilfredse med, at

det er for svært at gennemskue, hvilken behandling brugerne rent faktisk modtager. Visitatoren fortæller:

Når vi først har bevilget en behandling hos [leverandøren], ved vi ikke, hvad der foregår. Vi ved ikke, hvad de udsætter den enkelte borger for, hvilke tilbud de får ... Det burde vi have [viden om] via deres behandlingsplaner og opfølgning, [men] behandlingsplanerne er nogle gange så overordnede, at man ikke kan bygge et menneske på det ... Man får en ansøgning, man bevilger noget, men vi ved ikke, hvad vi får for de penge, man betaler om dagen til social behandling.

Visitationschefen fortæller, at man har oplevet, at man ikke bliver informeret hurtigt nok, når brugere er udeblevet fra behandling, og at leverandøren ikke er klar nok i sine krav om fremmøde og udskrivning i tilfælde af manglende fremmøde:

Vi har nogle gange oplevet, at borgerne er udeblevet i månedsvis, hvor det så pludselig står i en status eller et eller andet, hvor vi også har betalt for det. Og der er to ting i det. Der er økonomi, og så er der holdningen her hos os, hvor der ikke er nogen, der tror på, at man gør noget godt ved borgeren ved at lade dem være indskrevet hos [leverandøren], når de ikke dukker op ... Jeg synes jo, man skulle sige til borgeren: ”Nu skal du høre, hvordan spillereglerne er her. Er du forhindret, forventer vi selvfølgelig, at du kontakter os telefonisk, pr. mail, sms eller på anden vis, og fortæller, at du ikke kommer, hvorfor og hvornår du forventer at komme igen. Og hvis vi ikke har hørt fra dig, så tager vi kontakt.” Og så giver man dem selvfølgelig en frist på et eller andet stykke tid, som jeg sådan set er ligeglad med, hvad er, men det skal jo ikke være 3 måneder. Og så vil jeg forvente, at man så afslutter behandlingen, og at man giver dem besked. Det gør man også skriftligt, så man er sikker på, at man både har indtalt det, mailet det, og måske også gjort det per brev. Det ville klart være min forventning. Der har [leverandøren] meget længere snor.

Visitationschefen fortæller, at der i udgangspunktet ikke er noget galt med leverandørens behandlingstilbud, men påpeger også, at leverandøren har et økonomisk incitament til at indskrive og lade brugerne være indskrevet i deres behandlingstilbud:

Hvis du snakker det sociale felt, er der ikke noget i vejen med [leverandørens] tilbud. Det er flot. De har rigtig mange sociale tilbud, så der vil næsten være noget for enhver smag. Men det, der er galt, er, at de ikke vil lade de borgere, der ikke vil have det, komme et andet sted hen ... [Leverandøren] er jo en virksomhed, der skal tjene nogle penge ... Så de har jo al interesse i, at så mange som muligt kommer i behandling. Og det er lidt det, jeg mener, når de både sælger og køber af samme biks ... Det er en forretning, og det skal man altså også lige huske på. Og sådan ville vi andre også gøre, hvis vi havde en forretning, men derfor er det også meget godt, at der sidder nogle, der er knap så involverede i suppedasen.

Visitationschefen anfører, at det er godt, visitationsafdelingen er med til at vurdere, hvilke behandlingstilbud brugerne skal have, så det ikke kun er leverandøren, idet leverandøren har økonomiske interesser på spil. Visitationschefen er i tidligere citater dog også inde på, at det selvfølgelig også har en økonomisk betydning for bestiller-kommunen, hvilket behandlingstilbud brugeren får, da behandlingstilbud jo kan være dyre for bestiller-kommunen, og visitationsafdelingen selvfølgelig ”så vidt det er muligt” skal ”passe på” pengene (tidligere citat). Visitationsafdelingen har således naturligvis også økonomiske interesser på spil.

Visitationsafdelingen i denne bestiller-kommune benytter sig af muligheden for at give afslag på ansøgninger om behandlingstilbud. Visitationschefen fortæller:

Vi synes, at vi ikke bare bevilger, fordi [leverandøren] ønsker det. Vi forholder os til det og giver faktisk også afslag ... Du kunne godt vælge at have kommunale visitationsenheder, der siger, at: ”Vi har købt ydelsen hos [en leverandør], så vi bevilger bare alt, hvad de siger, fordi vi ikke ved noget om det.” Den holdning kan man godt finde. Og jeg har da tænkt det nogle gange, hvor man bruger rigtig meget tid og krudt på at forsøge at

holde det her på et professionelt niveau: ”Skal man bruge alt det krudt på det?” Det mener jeg jo, man skal, så det mener vi også her.

Visitationschefen fortæller også, at man i nogle tilfælde peger på andre behandlingstilbud, end det leverandøren peger på i ansøgningen:

Visitationschefen: Det har så også gjort, at vi nogle gange har sat spørgsmålstejn ved de tilbud, som [leverandøren] har peget på og tænkt, om det ikke var bedre med det her... Så vi har faktisk gået ind og peget på andet end det, [leverandøren] har sagt efterfølgende. Og vi har også sager, hvor vi tænker, at det ikke er det rigtige tilbud, fordi dette unge menneske har brug for noget helt andet, nemlig for børneforvaltningen, fordi der er nogle familiære og andre problemer end misbrugsproblemer, som vi tror, kommer før misbrugsproblemet. Og misbruget er en afledning af det.

Interviewer: Er det så også, fordi I nogle gange har flere oplysninger end [leverandøren]?

Visitationschefen: Næh, for det er faktisk dem, der giver os de oplysninger. Ellers ved vi ikke, hvad der ligger på en sag.

Visitationschefen fortæller, at man i nogle tilfælde vurderer, at brugeren har brug for noget andet, end leverandøren vurderer, og derfor peger på det i svaret på ansøgningen. Vurderingen bliver truffet på baggrund af de oplysninger, leverandøren giver. Visitationsafdelingen i denne bestillerkommune forholder sig altså kritisk til, om leverandøren har undersøgt brugerens situation og behov tilstrækkeligt og har fundet frem til det rigtige tilbud. Hvis de ikke vurderer, at brugeren er udredt tilstrækkeligt, stiller de supplerende spørgsmål eller henviser brugeren til andre relevante tilbud. Visitationschef og visitator i denne bestillerkommune beskriver dels en opgave i forhold til styring af udgifter til stofmisbrugsbehandling og kontrol af, om brugerne også får det, kommunen betaler for, dels en kvalitetskontrol af, om brugerne er udredt tilstrækkeligt og får det korrekte behandlingstilbud.

Det sidste eksempel er fra en anden bestiller-kommune (eksempel 5). Denne kommune køber også al stofmisbrugsbehandling i en anden kommune via en samarbejdsaftale. Deres visitationssystem, som det blev beskrevet i de kvalitative interview, opsummeres i punktform i oversigt 14.5.

OVERSIGT 14.5

Visitationssystem. Bestiller-kommune: Eksempel 5.

Placering af visitationskompetence:

Visitationskompetencen til ambulant behandling er uddelegeret til behandlingsstedet, mens visitationskompetencen til døgnbehandling er placeret i socialafdelingen og udøves i et visitationsudvalg, hvor repræsentanter fra behandlingsstedet også deltager.

Visitationsforløb:

1. *Første kontakt:* Brugeren henvender sig som regel direkte til leverandøren, men de kan også rette henvendelse til kommunen, som henviser dem til leverandøren.
2. *Udredning:* Det er leverandøren, der står for udredningen af brugerens behandlingsbehov.
3. *Ambulant behandling:* Hvis brugeren skal have ambulant behandling, er det leverandøren, der vurderer, hvilket ambulant tilbud brugeren skal have, visiterer og iværksætter det.
4. *Døgnbehandling:* Leverandøren sender en ansøgning til socialafdelingen i bestiller-kommunen og indkalder til et visitationsudvalg. I visitationsudvalget sidder en repræsentant eller flere for leverandøren, dvs. behandler(e), samt en visitator fra socialafdelingen i bestiller-kommunen. Det er sidstnævnte, som har den endelige visitationskompetence.

Hvad har de to bestiller-kommuner til fælles? Begge bestiller-kommuner køber al deres stofmisbrugsbehandling ved en anden kommunes behandlingssted via en samarbejdsaftale (der er tale om to forskellige leverandører). Borgere, der ønsker stofmisbrugsbehandling, henvender sig som regel direkte til leverandøren, dvs. den anden kommunes behandlingssted. Dette behandlingssted (dvs. leverandøren) står i begge tilfælde for udredningen af brugernes behandlingsbehov.

I forhold til selve visitationssystemet er der imidlertid stor forskel på de to bestiller-kommuner. I eksempel 4 står bestiller-kommunen for visitationen til både ambulant behandling og døgnbehandling, mens bestiller-kommunen i eksempel 5 lader behandlingsstedet visitere til ambulant behandling og kun varetager visitationen til døgnbehandling, som derudover foregår i et visitationsudvalg, hvor leverandøren også deltager. Leverandøren deltager ikke i visitationsudvalget i eksempel 4.

Når det gælder ambulant behandling, kan leverandøren i eksempel 5 som beskrevet selv indskrive brugeren i det. Lederen af socialafdelingen vil gerne formalisere denne visitation på behandlingsstedet mere, så brugeren er klar over, at det er en beslutning, der er truffet:

Hvis man iværksætter en ambulant behandling, så vurderer de [leverandøren], hvad det er, der skal til. Om det er enkelte samtaler, om de skal indgå i grupper, eller hvad det nu er i forhold til det ydelseskatalog, vi [leverandør og bestiller-kommune] nu har liggende. Det vurderer man selv inde på [leverandørens behandlingssted]. Og der, hvor det store arbejde er lige nu, det er: Hvordan er det, vi sikrer, at vi er med på banen i forhold til, at i det øjeblik man faktisk får tildelt en ambulant behandling, så er der truffet en beslutning – så er der lavet en myndighedsafgørelse? Hvordan er det så, vi får sikret, at det er den enkelte bruger klar over, og at man faktisk kan anke det her?

Behandlere på leverandørens behandlingssted er ifølge lederen ”vant til, at det, de rent faktisk gør, er en udøvelse af en myndighed på vores vegne, fordi de tildeler borgeren en ydelse”, men hun vil gerne have ”det lidt mere formaliseret” i fremtiden, så det bliver tydeliggjort, at det er en myndighedsafgørelse, som brugeren kan anke.

Visitationen i bestiller-kommunen i eksempel 5 er placeret anderledes i den interne kommunestruktur end i eksempel 4. I eksempel 4 var visitationen placeret i en ren visitationsafdeling, som ikke havde nogen form for brugerkontakt. I eksempel 5 varetages den af en socialafdeling, som bl.a. også står for en lang række sociale opgaver, herunder fx bolig og forsørgelse. Lederen af socialafdelingen fortæller, at man ofte har en omfattende kontakt med de brugere, der er visiteret til stofmisbrugsbehandling, og typisk fungerer man også som tovholder for de sociale indsatser omkring brugere i stofmisbrugsbehandling:

Man [vil] som udgangspunkt have en sagsbehandler her i social-centret, så vi på den måde har et struktureret samarbejde omkring det. Vi skulle gerne vide, hvem der gør hvad i sagen, og det vil typisk være en socialkonsulent herovre, der er tovholder på sagen, når det handler om stofbehandling.

Lederen af socialafdelingen beskriver deres koordinerende rolle således:

Det er noget med at skabe en kontakt, og det er noget med at sikre, at alle de andre aktører, der er inde omkring, er med på banen. En stofbehandling kan jo ikke stå alene – typisk ikke alene, måske i den periode, hvor der skal ske en afgiftning, men efterfølgende så er det vigtigt, at man som myndighedsdel sikrer, at alle de ting med arbejdet eller aktiveringen eller boligen og økonomien hænger sammen. Ellers så tænker jeg, så kommer man ikke ret langt med en stofbehandlingsindsats, hvis man ikke er opmærksom på de andre ting. Og det er der, hvor der virkelig skal være et samarbejde ... Det er os, der har ansvaret for, at det kan lade sig gøre. Så det skal være sådan en helhedsorienteret indsats, hvor man er i stand til at kunne dosere det rigtige på det rigtige tidspunkt.

Lederen af socialafdelingen i eksempel 5 mener, at det er vigtigt, at myndighedsdelen sikrer koordinationen af indsatserne omkring borgerne – og hun mener, at myndighedsdelen har ansvaret. Det mener visitationschefen i eksempel 4 også, men hun mener samtidig, at det ikke kun er bestiller-kommunen, men også leverandøren, der har en opgave i forhold til koordination:

I mine øjne ligger ansvaret for at koordinere i øjeblikket klart her [i visitationsafdelingen]. Det mener jeg. Jeg har til gengæld en forventning om, at når de [leverandøren] selv peger på, at der er noget i Børneforvaltningen, tager de kontakt. Og jeg har også en forventning om, at de informerer både Børneforvaltningen og os om, hvad der sker i disse forløb. Den forventning bliver ikke indfriet. Når vi så finder ud af noget, må vi selv ligge og ringe rundt for at prøve at holde tråd og samling og helhed i det.

Visitationschefen i eksempel 4 oplever, at leverandøren ikke informerer de forskellige forvaltninger i bestiller-kommunen tilfredsstillende, hvilket gør koordineringsopgaven vanskeligere. Lederen af socialafdelingen i eksempel 5 beskriver ikke, at leverandøren udgør et problem i forhold til koordinationen, men hun oplever alligevel, at det kan være udfordrende at sikre helhedsindsatsen omkring brugerne. Det er dog primært koordinationen internt i kommunen, som lederen af socialafdelingen fremhæver som udfordrende:

Det, der måske er sværest, er de der snitflader mellem social-centret og jobcentret. Vi prøver at få snakket os til rette om, at det kan være, det kun hedder 5 timers aktivering og så hedder det altså noget andet, eller også skal det måske hedde 15 timers aktivering og suppleret med noget social behandling eller hjælp til at få struktureret en hverdag derhjemme. Det er nok den sværeste øvelse at få alle de der aktører med på banen, fordi vi nu er splittet op, som vi er, at få lov at bevare den helhedsindsats. Og der har vi en kæmpe opgave som kommune med at sikre, at det ikke er borgeren, der bliver frygteligt forvirret over, at man skal snakke med fem personer, som alle sammen synes, de har krav på at vide en hel masse. Men det har ikke noget at gøre med den måde, man har organiseret stofbehandlingen på.

Koordineringsudfordringen i eksempel 5 ligger ifølge lederen primært i forhold til jobcenteret og ikke i forhold til stofbehandlingen i denne bestiller-kommune. Socialafdelingen er i løbende kontakt med de brugere, der er i stofmisbrugsbehandling, og hvis nogen falder ud af behandlingen, ”så vil vi være på, eller jobcentret vil være på”, fortæller hun videre.

Man kan diskutere, om visitationschefens forventning til leverandøren om, at de skal kontakte de relevante kommunale forvaltninger, når deres brugere har andre problemer end stofmisbrug, er rimelig. Leverandøren har brugere fra mange forskellige kommuner, som har hver deres kommunale struktur, hvor det måske kan være svært for en behandler at gennemskue, hvilken forvaltning der skal rettes henvendelse til i forbindelse med de forskellige problematikker. Problemet i eksempel 4 er imidlertid, at visitationsafdelingen har en forventning om, at leverandøren informerer de forskellige forvaltninger og sørger for, at der er

samling og helhed i brugerens sag, som ikke bliver indfriet. Myndighedsafdelingen i eksempel 5 fungerer som tovholder for brugere i stofmisbrugsbehandling, mens tovholder-funktionen i eksempel 4 er delt mellem en visitationsafdeling, der ikke kender til brugerne ud over fra de skriftlige ansøgninger, der kommer fra leverandøren, og leverandøren, der ikke kender til brugernes sag i hjemkommunen, de kommunale sagsbehandlere og den kommunale struktur. Det er ikke optimalt i forhold til at sikre en helhedsorienteret indsats. Der er således i eksempel 4 en uafklaret ansvars- og rollefordeling i forhold til at have en tovholderfunktion for brugerne og i forhold til placeringen af handleforpligtelsen, når der opstår et indsatsbehov.

En anden forskel mellem de to bestiller-kommuner er holdningen til leverandøren. Som det fremgik i det foregående, er myndighedsafdelingen i eksempel 4 uenige i leverandørens linje i forhold til brugerne, som de mener, er for blød og stiller for få krav til brugerne. De er ligeledes utilfredse med informationen fra leverandøren, fx hvad angår tilbagemeldinger på brugernes fremmøde. Myndighedsafdelingen i eksempel 5 er mere tilfreds. Lederen af socialafdelingen siger: ”Vi er glade for at have det tilbud, og vi vil gerne indgå i et samarbejde med dem, alt det vi nu kan.” Hun uddyber:

Et eller andet sted synes jeg måske nok, at det er heldigt, at vi overhovedet har et tilbud, fordi organiseringen og ledelsen af det, skal vi så ikke bruge tid på her. Det, vi så måske skal sikre, er, at vi får en god dialog, og at der hele tiden er en faglig sparring og samarbejde. Det må være vores væsentligste opgave.

Holdningen til leverandøren ser ud til at smitte af på holdningen til de ansøgninger, der kommer fra leverandøren. Visitationsafdelingen i eksempel 4 fortalte, at de ofte stillede spørgsmålstegn ved de ansøgninger, der kom, og også gav afslag i nogle tilfælde eller foreslog en anden indsats end den, leverandøren pegede på. I modsætning her til fortæller lederen af socialafdelingen i eksempel 5, at man har tillid til leverandørens vurdering, og lederen mener ikke, at man endnu har sagt nej til en ansøgning. Det bliver først og fremmest begrundet med tillid til leverandøren. Når leverandøren indstiller en bruger til døgnbehandling, så er der gode argumenter. Hun fortæller dog også, at det kan være vanskeligt at stille spørgsmål ved ansøgningen, når man sidder over for et fagpersona-

le, som er vant til at vurdere disse stofmisbrugssager, og man ikke kender døgnbehandlingsstederne. Her er det vigtigt at huske, at visitationsudvalget i eksempel 4 udelukkende består af personer fra visitationsafdelingen i bestiller-kommunen, mens visitationsudvalget i eksempel 5 består af én visitator fra socialafdelingen samt fagpersoner fra leverandørens behandlingssted.

I socialafdelingen i eksempel 5 er der ikke tradition for at stille spørgsmål ved eller give afslag i forhold til de ansøgninger om døgnbehandling, der kommer fra leverandøren. Lederen giver udtryk for, at det ikke må blive for administrativt tungt, samt at det er behandlingsstedet, der har den faglige kompetence. Socialafdelingen i eksempel 5 har samtidig en tæt kontakt til de brugere, de visiterer til stofmisbrugsbehandling, idet de varetager opgaver i forhold til forsørgelse og bolig, og fungerer som brugernes tovholdere. I modsætning hertil har visitationsafdelingen i eksempel 4 slet ingen brugerkontakt. Det kan virke paradoksalt, at den kommune, som har mindst kendskab til brugere, er mest tilbøjelige til at mene, at de kan vurdere brugernes behandlingsbehov bedre end leverandøren. Som det fremgår, hænger det imidlertid sammen med en forskellig holdning til leverandøren. Visitationsafdelingen i eksempel 4 fremhæver også, at det netop er deres manglende brugerkontakt, der sætter dem i stand til at vurdere sagerne nøjternt og evt. give afslag. Som behandlingslederen i begyndelsen af kapitlet fremførte, så kan det dog være en udfordring for den faglige kvalitet, at det er visitatorer uden særligt kendskab til stofmisbrugsbehandling, der de facto bestemmer, hvem der skal have døgnbehandling, og hvem der ikke skal. Det er ikke en bekymring, visitator eller visitationschef i eksempel 4 selv giver udtryk for. Lederen af socialafdelingen i eksempel 5 fremhæver derimod, at det netop er behandlerne, der er fagligt klædt på til at vurdere, hvilket behandlingstilbud brugerne skal have.

UDREDNING

I dette afsnit ser vi nærmere på, hvad der kendetegner processen omkring udredning af brugere i forbindelse med visitation. Visitationen foregår generelt efter en eller flere samtaler med brugeren – enten i form af at visitatoren har samtaler med brugeren eller efter samtaler med en behandler, alt efter hvilken visitationsmodel der benyttes. Der går således

en form for udredning af brugerens problemstillinger forud for en visitation. Denne udredning kan dog have et forskelligt omfang og karakter.

I visitor-surveyen er de visitatorer, der selv har brugerkontakt i forbindelse med visitationen, blevet spurgt, hvor mange samtaler de har med brugerne, inden det besluttes, hvilken behandling vedkommende skal have (tabel 14.1).

TABEL 14.1

Visitorerne fordelt efter, hvor mange samtaler de har med brugeren, inden det besluttes, hvilken behandling vedkommende skal have. Antal og procent.

	Antal	Procent
En samtale	11	18
To samtaler	17	27
Tre samtaler	10	16
Fire samtaler	5	8
Fem samtaler	1	2
Seks samtaler eller flere	5	8
Ved ikke	13	21
I alt	62	100

Kilde: Visitor-surveyen.

Som det fremgår af tabellen, er det mest almindeligt, at visitatoren gennemfører mellem en og tre samtaler, inden det besluttes, hvilken behandling en bruger skal have. Det gør sig gældende for 60 pct. af visitorerne. Antallet af samtaler siger ikke nødvendigvis noget om, hvor lang tid bruger og visitor har talt sammen inden visitationsbeslutningen. Visitorerne er derfor også blevet spurgt, hvor lang tid de taler med brugeren, før visitationsbeslutningen træffes (tabel 14.2).

Som det fremgår, er der stor variation i, hvor længe visitatoren gennemsnitligt taler med brugeren, inden det besluttes, hvilken behandling vedkommende skal have. I den ene ende af skalaen er der 7 pct., der gennemsnitligt taler med brugeren i en halv time, før de træffer en visitationsbeslutning. I den anden ende er der 10 pct., der taler med brugeren i 6 timer eller mere, før de træffer en visitationsbeslutning.

TABEL 14.2

Visitatorerne fordelt efter, hvor lang tid de gennemsnitligt taler med brugeren, inden det besluttet, hvilken behandling vedkommende skal have. Antal og procent.

	Antal	Procent
En halv time	4	7
En time	6	10
Halvanden time	7	11
To timer	10	16
Tre timer	11	17
Fire timer	8	13
Fem timer	2	3
Seks timer eller mere	6	10
Ved ikke	8	13
I alt	62	100

Kilde: Visitator-surveyen.

Samtaler med visitatoren eller en anden behandler er ikke nødvendigvis den eneste form for udredning, der går forud for en visitationsbeslutning. I nogle tilfælde får brugere også en psykiatrisk eller psykologisk udredning, inden det besluttet, hvilken behandling vedkommende skal have. I næste tabel fremgår det, hvor hyppigt det forekommer.

TABEL 14.3

Visitatorerne fordelt efter, hvor stor en andel af kommunens brugere, de skønner, har fået en psykiatrisk eller psykologisk udredning inden det besluttet, hvilken behandling vedkommende skal have. Antal og procent.

	Antal	Procent
0-9 pct.	37	47
10-19 pct.	13	17
20-29 pct.	2	3
30-39 pct.	4	5
40-49 pct.	0	0
50-59 pct.	3	4
60-69 pct.	2	3
70-79 pct.	2	3
80-89 pct.	3	4
90-100 pct.	2	3
Ved ikke	10	13
I alt	78	100

Kilde: Visitator-surveyen.

Det er de færreste stofmisbrugere, der får en psykiatrisk eller psykologisk udredning inden det besluttet, hvilken behandling vedkommende skal have. Knap halvdelen af visitatorerne (47 pct.) vurderer, at det er under 10 pct. af de brugere, som de visiterer, der har fået en psykiatrisk eller psykologisk udredning. En mindre andel visitatorer skønner, at det er væsentligt højere andele af de brugere, de visiterer, der har fået lavet en psykiatrisk eller psykologisk udredning. Der er altså spredning i besvarelsenerne. Flertallet skønner dog, at andelen af brugere, der får lavet en psykiatrisk eller psykologisk udredning, inden det besluttet, hvilken behandling vedkommende skal have, er meget lav.

Set i lyset af at hovedparten af brugerne giver udtryk for at have psykiske problemer, og i lyset af at en del af brugerne må antages at lide af psykiske sygdomme, der for en dels vedkommende må antages at være udiagnosticerede, kan det problematiseres, at andelen, der får lavet en egentlig psykologisk udredning, er ret lav.

REDSKABER

I dette afsnit ser vi på de redskaber, visitatorerne benytter i forbindelse med udredning af brugerne.

Visitatorerne er blevet spurgt, om der er faste procedurer, skemaer eller lignende, som gennemføres i forbindelse med visitationen (fx ASI-skema), og hvilke procedurer der i givet fald er. 77 visitatorer har svaret, og af dem har de 64 angivet, at de har bestemte, faste procedurer i visitationen. Hvilke faste redskaber det er, de bruger, fremgår af tabel 14.4.

Som det fremgår af tabellen, nævner 31 pct. af visitatorerne udfyldelse af ASI-skema som en fast procedure i visitationen. Til sammenligning er der lidt flere, nemlig 38 pct., som nævner, at de bruger egne, lokalt udarbejdede skemaer i visitationen. Kategorien 'egne skemaer' omfatter skemaer, som visitatorer kalder fx 'Internt udredningsskema', 'Interviewguide', 'Matchnings/henvisningsskema' eller 'Visitationsskema'. I nogle kommuner bruger man ikke bare ét skema, men flere. En visitator fortæller, at den faste procedure i forbindelse med visitation omfatter mindst to skemaer, både et ASI-skema og et skema med supplerende spørgsmål samt evt. andre skemaer til udredning af motivation m.m.

TABEL 14.4

Visitatorerne fordelt efter de redskaber, de benytter i visitationen.

Antal og procent.

	Antal	Procent
ASI-skema	24	31
Egne skemaer	29	38
Skriftlige planer	15	20
Ingen faste procedurer, skemaer eller lignende	9	12
Ved ikke	2	5

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser af spørgsmålet; "Er der faste procedurer, skemaer eller lignende, som gennemføres i forbindelse med visitationen (fx ASI-skema)?" fra 77 visitatorer, samt deres uddybning af, hvilke procedurer det i givet fald er. Visitatorer havde mulighed for at angive brug af flere redskaber. Da visitatorerne ikke er blevet spurgt specifikt til de enkelte redskaber, skal tallene betragtes som minimumsangivelser.

Kilde: Visitor-surveyen.

Flere af de visitatorer, som ikke benytter ASI-skemaet, bemærker, at man har planer om at indføre det, eller at man i udredningen alligevel er inspireret af ASI-skemaet. For eksempel noterer en visitator, at man bruger et "særligt internt skema, der indeholder en række parametre fra ASI".

Hver femte visitator noterer, at udarbejdelse af en skriftlig plan for indsatsen omkring brugeren er en fast del af visitationen. Det kan være en social handleplan eller en behandlingsplan. I et par kommuner fortæller visitatorerne, at man *både* udarbejder en social handleplan og en behandlingsplan som en fast procedure i forbindelse med visitationen.

Når det gælder de forskellige redskaber til at indsamle information om brugeren, samt planlægge og dokumentere behandlingsforløbet (skemaer og registre til udredning, såsom ASI og DanRIS, skriftlige planer mv.), så afspejler de kvalitative interview ligesom surveyen forskellige holdninger blandt visitatorerne. Visitatorerne er ikke enige om, hvorvidt skemaerne er et redskab, de kan bruge i deres arbejde, eller hvorvidt det kun er et redskab til andres kontrol af dem. En af de kritiske visitatorer siger:

Jeg sidder og udfylder det horrible ASI-skema. Jeg kan ikke bruge det til noget. Jeg synes de krydser, jeg sidder og sætter, flytter fokus fra, hvad jeg synes mine primære opgaver er. Men sådan er det jo altid. Det administrative arbejde tager jo tiden fra brugeren. Nu kan jeg så forstå på det hele, at vi får ASI-skemaer, der er næsten tre gange større end det, der er nu... Jeg er meget ban-

ge for, at vi taber en masse brugere på det, fordi de har en forventning om at gå i gang med misbrugsbehandling med det samme, de kommer, og det sker jo ikke. Det er der nogle, der ikke kan kapere, og dem ser vi ikke igen. Nogle er jo momentvist motiverede. Jeg synes faktisk, det er meget svært. Jeg er lidt i en loyalitetskonflikt, for jeg kan godt følge, at vi får nogle penge, og derfor skal vi også kunne bevise, at folk er kommet fra a til b. Men det ville være godt, hvis det kunne laves på en anden måde, for jeg synes ikke, jeg kan bruge det ASI-skema til noget. Det er simpelthen for at tilfredsstille en database et sted. Det er jo ikke de mest ressourcestærke mennesker, vi har med at gøre, så 16 sider interviewskema kan virke uoverkommeligt. Eller folk, der er psykisk syge. Vi sidder med dobbeltdiagnoser. Det er at stille nogle krav til folk, som rigtig mange ikke kan honorere.

Denne visitator oplever ikke, at han kan bruge ASI-skemaet som et redskab i sit arbejde, og ydermere oplever han, at det kan skræmme nogle brugere væk. Der er dog også visitatorer, som er positivt stemte over for den registrering og dokumentation, der sker i skemaer og skriftlige planer. En visitator fortæller:

Jeg synes, det er vigtigt, at vi skal dokumentere vores arbejde. Jeg synes, det er vigtigt, at behandlingsstederne skal dokumentere deres arbejde. Der er jo selvfølgelig det økonomiske aspekt i det, at sådan, som det er nu, så køber kommunen nogle ydelser, men borgeren har nogle rettigheder, og det er jo en marginaliseret gruppe, som ikke er særligt bevidste om deres rettigheder, og sagsbehandlerne har traditionelt heller ikke været særlig gode til at forklare borgerne deres rettigheder, fordi man har været mere fokuseret på de der her og nu akutte behov. Og det skal vi også være, men et eller andet stykke henne i behandlingen, så skal man nok være bedre til at sige: ”Du har faktisk krav på at få en handleplan”, og de her ting, ikke? Så jeg synes, det er rigtig vigtigt, at få det dokumenteret for deres skyld og sådan, så vi kan evaluere det. Det er jo også meget det der med at samle erfaringer op, sådan at man kan forbedre tilbuddene.

Dokumentationen kan bruges, mener visitatoren, til dels at sikre brugerens rettigheder her og nu, dels at sikre, at man indsamler erfaringer til evalueringer, så behandlingstilbuddene kan forbedres over tid. Visitatoren oplever dermed – i modsætning til den forrige visitator – at skemaet *har* en praktisk betydning.

Denne sammenhæng mellem holdningen til skemaer, såsom ASI-skemaet, og hvorvidt de opleves som praktisk anvendelige i det brugerrettede arbejde, er også fundet i en tidligere evaluering. I en evaluering af implementering af ASI-skemaerne i alkoholbehandlingen i det daværende Århus Amt fandt man således, at behandlere blev mere positivt stemte over for skemaer, hvis skemaernes praksisrelevans blev understreget (Christensen, 2002: 64). Erfaringerne viste også, at anvendelse af ASI-skemaerne i forbindelse med visitationen kræver en ny tilgang til brugeren fra visitorernes side.

Efter at man i behandlingssystemet var nået frem til den holdning, at ASI-førstegangssamtalen var en screening og ikke en behandling, fik brugerne ifølge Christensen klart at vide, at formålet med at anvende skemaet var at kortlægge deres problemer og behandlingsbehov: ”På denne måde er behandlingsplanlægning blevet etableret som et væsentligt, selvstændigt element i et behandlingsforløb.” (Christensen, 2002: 65). Ifølge Christensen medførte systemets justerede holdning til visitation, at visitatorer begyndte at opleve skemaet som et ukompliceret første skridt. Christensen mener også, at klienterne har glæde af det, idet skemaets tilstedeværelse gør rammerne for visitationssamtalen tydelige, da samtalen bliver lettere at gennemskue og mindre angstprovokerende for klienterne (ibid.).

Vores undersøgelse tyder på, at de problemer, Christensen skitserer med visitorers skepsis over for ASI, ikke er forsvundet, og at de *også* gør sig gældende i systemer, hvor visitationen er gjort til et selvstændigt element. Visitorerne påpeger stadig problemer med at prikke hul på mange problemområder uden at have tid til at snakke med brugerne om det. Løsningen med at gøre visitationen til et selvstændigt element, hvor ASI-skemaet skal besvares, uden at være et led i behandlingen eller opbygningen af en behandlingsalliance, og uden at det må tage ret lang tid, rejser også nogle etiske spørgsmål: Kan man bede brugere om ikke at være følelsesmæssigt påvirkede af at skulle redegøre for deres problemer (eksempelvis om selvmordstanker)? Og hvis man accepterer, at de bliver følelsesmæssigt påvirkede, kan man så bede visitatorer om, at de ikke gør

andet i situationen end at gå videre til næste spørgsmål? Visitatoren i eksempel 3 ovenfor, som netop arbejder efter den model, som Christensen (2002) anbefaler, har udviklet sin egen strategi. For at hjælpe brugerne igennem ASI-skemaet og udarbejdelsen af handleplan, bruger han forskellige afspændingspædagogiske teknikker, idet han tilfældigvis er uddannet afspændingspædagog. Det er noget, han på eget initiativ er begyndt på, fordi han oplevede, hvor svær en situation det er for brugeren – og dermed også for ham som visitator (og menneske). Han oplever ikke, at skemaerne i sig selv gør visitationssamtalen mindre angstprovokerende for brugerne. Heller ikke andre visitatorer er inde på, at skemaerne gør det lettere for brugerne at komme igennem visitationssamtalerne – snarere tværtimod.

Endvidere er ASI-skemaernes praktiske anvendelighed i forhold til behandlingsplanlægning (stadig) ikke åbenlys for alle visitatorer. Nogle visitatorer opfatter det primært som et skema til brug for kontrol og dokumentation. En anden evaluering fra 2005 af brug af ASI-skemaer i substitutionsbehandling fandt i overensstemmelse hermed, at det tog tid, før behandlere kunne se relevansen af ASI-skemaerne, og at brugerne aldrig blev overbevist om, at det havde nogen værdi for dem (Asmussen & Kolind, 2005:129-130).

HANDLEPLANER

En forudsætning for at skabe sammenhæng imellem de forskellige indsatser, brugeren modtager, er, at der sker en koordination mellem forskellige involverede aktører. Et vigtigt redskab i forhold til koordination af indsatsen er den sociale handleplan.

Brugere skal tilbydes både en social handleplan og en lægelig behandlingsplan. Den sociale handleplan er lovfæstet i servicelovens § 141, som slår fast, at personer med alvorlige sociale problemer (eller betydelig nedsat psykisk eller fysisk funktionsevne) skal tilbydes en handleplan. Den sociale handleplan skal angive formålet med indsatsen, hvilken indsats der er nødvendig for at opnå formålet, den forventede varighed af indsatsen og andre særlige forhold, fx vedrørende behandlingen. Handleplanen skal så vidt muligt udarbejdes i samarbejde med borgeren. Behandlingsindsatsen og handleplaner skal koordineres på en måde, som sikrer en sammenhæng mellem den medikamentelle og psykosociale

behandling samt indsatsen over for andre aktuelle sociale problemstillinger for stofmisbrugeren (Vejledning nr. 7 til serviceloven).

Kravene til den lægelige behandlingsplan fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning (Sundhedsstyrelsen, 2007). Her fremgår det, at der til hvert enkelt stofmisbrugers behandlingsforløb skal udarbejdes en lægelig behandlingsplan. Af behandlingsplanen skal det fremgå, hvad sigtet med den sundhedsfaglige behandling er aktuelt, og hvilke aftaler der er indgået omkring forløbet. Behandlingsplanen skal understøtte den sociale handleplan (ibid.: 20).

I surveyen har vi bedt visitatorerne skønne, hvor mange brugere i stofmisbrugsbehandling i deres kommune der har en social handleplan efter servicelovens § 141. En handleplan efter denne lov skal angive, hvad formålet med indsatsen er, hvilke indsatser der skal til at realisere formålet, hvilke forventninger man har til tidshorisonten og andre særlige forhold. Svarene fremgår af tabel 14.5.

TABEL 14.5

Visitatorerne fordelt efter, hvor stor en andel af kommunens stofmisbrugere i behandling, de skønner, har en social handleplan efter servicelovens § 141. Antal og procent.

	Antal	Procent
0-9 pct.	12	16
10-19 pct.	1	1
20-29 pct.	6	8
30-39 pct.	3	4
40-49 pct.	5	7
50-59 pct.	4	5
60-69 pct.	2	3
70-79 pct.	4	5
80-89 pct.	9	12
90-100 pct.	11	14
Ved ikke	20	26
I alt	77	100

Kilde: Visitator-surveyen.

Der er relativt store forskelle mellem kommunerne i forhold til, hvor stor en andel af brugerne der har en § 141-handleplan ifølge visitatorernes skøn. 16 pct. af visitatorerne skønner således, at det er under 10 pct. af brugerne, der har en social handleplan, mens der i den anden ende af skalaen er 14 pct., der skønner, at det er mellem 90 pct. og 100 pct. af

brugerne, der har en social handleplan. 26 pct. af visitatorerne har svaret, at de ikke ved, hvor stor en andel af brugerne i deres kommune der har en social handleplan. Det må understreges, at besvarelsenerne er udtryk for visitatorernes skøn. Som nævnt forudsætter lovgivningen, at borgeren bliver tilbudt en social handleplan, men borgeren har naturligvis mulighed for at afslå et sådant tilbud. I surveyen er visitatorerne blevet bedt om at skønne, hvor stor en andel af brugerne i deres kommune der er blevet *tilbudt* en social handleplan efter § 141. Der er ifølge visitatorernes skøn lidt flere brugere, der har fået tilbudt en social handleplan, end der er brugere, som har en handleplan, hvilket indikerer, at nogle brugere netop takker nej.

Visitatorerne er også blevet bedt om at vurdere kvaliteten i de sociale handleplaner. Deres svar fremgår af tabel 14.6.

TABEL 14.6

Visitatorerne fordelt efter deres vurdering af kvaliteten i de sociale handleplaner. Antal og procent.

	Antal	Procent
Kvaliteten er i høj grad tilfredsstillende	14	18
Kvaliteten er i nogen grad tilfredsstillende	29	38
Kvaliteten er i mindre grad tilfredsstillende	10	13
Kvaliteten er slet ikke tilfredsstillende	6	8
Ved ikke	18	23
I alt	77	100

Kilde: Visitator-surveyen.

Meningerne om kvaliteten af de sociale handleplaner er delte. 18 pct. mener, at kvaliteten i høj grad er tilfredsstillende, 38 pct. mener, at kvaliteten i nogen grad er tilfredsstillende, 13 pct. mener, at kvaliteten i mindre grad er tilfredsstillende, og endelig er der 8 pct., som slet ikke mener, at kvaliteten i de sociale handleplaner er tilfredsstillende. 23 pct. af visitatorerne har svaret 'ved ikke'. Journalundersøgelsen viser, at kvaliteten af handleplanerne på de seks behandlingssteder, der er inkluderet her, er varierende. Der er handleplaner, som udarbejdes over flere møder, og som brugeren måske får med hjem, og der er handleplaner, som udfyldes meget kortfattet og overfladisk, fx "brugeren ønsker at fortsætte i substitutionsbehandling" og intet andet.

Endelig er visitatorerne blevet bedt om at vurdere, hvorvidt de sociale handleplaner fornys med tilfredsstillende hyppighed. Deres svar fremgår af tabel 14.7.

TABEL 14.7

Visitatorerne fordelt efter deres vurdering af, om de sociale handleplaner fornys med tilfredsstillende hyppighed. Antal og procent

	Antal	Procent
De sociale handleplaner fornys i høj grad med tilfredsstillende hyppighed	7	9
De sociale handleplaner fornys i nogen grad med tilfredsstillende hyppighed	23	30
De sociale handleplaner fornys i mindre grad med tilfredsstillende hyppighed	20	26
De sociale handleplaner fornys slet ikke med tilfredsstillende hyppighed	5	7
Ved ikke	22	29
I alt	77	100

Kilde: Visitor-surveyen.

Kun 9 pct. mener, at de sociale handleplaner i høj grad fornys med tilfredsstillende hyppighed. 30 pct. mener, at de sociale handleplaner i nogen grad fornys med tilfredsstillende hyppighed, mens 26 pct. i mindre grad mener, at de fornys med tilfredsstillende hyppighed. 29 pct. af visitatorer svarer 'ved ikke' på spørgsmålet.

Også behandlingslederne er blevet spurgt om forekomsten af skriftlige planer. Her er der spurgt generelt til skriftlige planer, der således kan indbefatte både § 141-handleplaner, lægelige behandlingsplaner, og andre skriftlige planer, der er udarbejdet for brugerne.

Godt halvdelen (58 pct.) af behandlingslederne vurderer, at 90-100 pct. af deres brugere har fået udarbejdet en skriftlig plan (fx en social handleplan eller behandlingsplan) inden for det seneste år, mens 13 pct. vurderer, at det er 80-89 pct.

I undersøgelsens journalundersøgelse er det opgjort, hvorvidt der i journalmaterialet forefindes en social handleplan. I gennemgangen af journalerne er registreret alle former for sociale handleplaner, dvs. både elektroniske, papirbaserede, kortfattede såvel som omfattende handleplaner. Alt, hvad der kaldes handleplan inden for det sociale område, er således registreret i datamaterialet. Også her er der således benyt-

tet en løs afgrænsning af begrebet handleplan, der således indbefatter alle former for skriftlige planer.

TABEL 14.8

Behandlingslederne fordelt efter deres vurdering af, hvor mange brugere der har en skriftlig plan for deres behandling. Antal og procent.

	Antal	Procent
0-9 pct.	1	1
10-19 pct.	1	1
20-29 pct.	6	5
30-39 pct.	1	1
40-49 pct.	1	1
50-59 pct.	8	7
60-69 pct.	2	2
70-79 pct.	3	3
80-89 pct.	14	13
90-100 pct.	64	58
Ved ikke	9	8
I alt	110	100

Kilde: Behandlingssteds-surveyen.

Ser vi på fordelingen af handleplaner fra journalundersøgelsens anden indsamlingsrunde, der omfatter 290 journaler fordelt på 4 behandlingssteder, viser det sig, at der for kun 29 pct. af opiat-brugerne er registreret en handleplan, der forefindes i journalen på misbrugscentret. For ikke-opiat-misbrugerne er tallet væsentligt højere, idet 62 pct. har en handleplan.

Der er også i bruger-surveyen spurgt, om der er lavet en plan for brugernes behandlingsforløb. Her spørges der, om der er lagt en plan for behandlingen, som fastlægger fx mål for behandlingen og behandlingens indhold. 56 pct. af brugerne svarer, at de er bekendt med en sådan plan, mens 44 pct. af brugerne svarer, at det ikke er tilfældet. Her er der en markant tendens til, at det er brugere, der modtager ad hoc-ydelser, der ikke er bekendt med, at der findes en skriftlig plan for deres behandling, mens langt hovedparten af brugerne i dag- og døgnbehandling tilkendegiver, at der findes en sådan plan.

TABEL 14.9

Brugerjournalerne for anden indsamlingsperiode fordelt efter antallet af sociale handleplaner i den enkelte journal, særskilt for stoftype. Antal og procent.

Antal handleplaner	Opiat-misbrugere		Ikke-opiat-misbrugere	
	Antal	Procent	Antal	Procent
0	115	72	51	39
1	36	23	61	48
2 eller flere	9	6	18	14
I alt	160	100	130	100

Anm.: $\chi^2 = 32$, $p = 0,000$. Tabellen gælder registrerede handleplaner i journalerne på de undersøgte behandlingssteder. Perioden 1. juni 2007 til 1. december 2008.

Kilde: Journalundersøgelsen.

TABEL 14.10

Brugerne fordelt efter deres oplysninger om, hvorvidt der findes en plan for deres behandlingsforløb, særskilt for behandlingsintensitet. Procent og antal.

	Ja	Nej	I alt procent	I alt antal
Ad hoc	36	64	100	432
Ambulant	67	33	100	394
Dag	81	19	100	68
Døgn	81	19	100	93
I alt	56	44	100	987

Anm.: $\chi^2 = 128$, $p = 0,000$, Gamma = -0,573, $p = 0,000$.

Kilde: Bruger-surveyen.

Der er således en modsætning mellem visitatorer og behandlingslederes vurderinger af forekomsten af handleplaner og behandlingsplaner og forekomsten af sådanne skriftlige planer i både de gennemgåede journaler og brugernes kendskab til skriftlige planer opgjort ud fra bruger-surveyen.

I de kvalitative interview nævnes desuden flere barrierer i forbindelse med udarbejdelse af handleplaner. Det er ifølge serviceloven en kommunal forpligtelse at sikre, at brugere tilbydes en social handleplan, men det fremgår, at der i praksis kan være uafklarede procedurer omkring, hvem der tager initiativ til, at en handleplan rent faktisk tilbydes og udarbejdes. Her spiller også kontakten med brugeren en vigtig rolle.

Flere behandlingsledere peger på, at det er vigtigt, at der foregår et tilstrækkeligt arbejde omkring det at motivere brugeren til at få udarbejdet en social handleplan. Derimod kan det være u hensigtsmæssigt, hvis eksempelvis brugeren blot tilbydes at få udarbejdet en handleplan ved eksempelvis en skriftlig henvendelse. Det er således generelt vigtigt, at der foretages et arbejde med at motivere brugeren omkring nytten af den sociale handleplan, hvor der lokalt kan være behov for at afklare, om et sådant motivationsarbejde primært placeres på behandlingsstedet eller varetages i eksempelvis socialafdelingen.

KONTAKT MED KOMMUNAL SAGSBEHANDLER

Kontakten med den kommunale sagsbehandler spiller en vigtig rolle i forhold til at kunne skabe helhed i indsatsen over for den enkelte bruger, herunder at skabe sammenhæng med øvrige kommunale indsatser. I de kvalitative interview fremhæver en del brugere, at det kan være vanskeligt, at de har kontakt med flere forskellige sagsbehandlere, navnlig på henholdsvis jobcentre og socialcentre.

Flere brugere påpeger i de kvalitative interview, at det kan være forvirrende, at de skal være i kontakt med flere forskellige socialrådgivere alt efter, om der er tale om forhold, der vedrører sociale ydelser og aktivering, eller forhold, der vedrører øvrige sociale problemer, fx børnesager, bolig osv.

Der er i bruger-surveyen spurgt til kontakten med den kommunale sagsbehandler. 23 pct. af brugerne svarer, at de ikke har eller ikke kender deres kommunale sagsbehandler. Det kan være udtryk for, at der i en del tilfælde er placeret socialrådgivere med myndighedskompetence på misbrugscentre, men det kan også være udtryk for manglende kontakt og kendskab. Andelen, der ikke har eller ikke kender deres kommunale sagsbehandler, er højest i de mindre byer med 30 pct. og i København med 29 pct., mens den er mindst i de mellemstore provinsbyer med 17 pct.

TABEL 14.11

Brugerne fordelt efter, om de kender deres sagsbehandler, særskilt for bytype. Procent og antal.

Bytype	Har ikke eller kender ikke sags- behandler	Har sagsbe- handler	Procent	Antal
Københavns Kommune	29	71	100	192
Københavns omegn	19	81	100	193
Århus, Aalborg, Odense og Esbjerg	21	79	100	275
> 30.000 indbyggere	17	83	100	184
< 30.000 indbyggere	30	70	100	164
I alt	23	77	100	1.008

Anm.: $\chi^2 = 15$, $p = 0,005$.

Kilde: Bruger-surveyen.

De brugere, der har en sagsbehandler, er blevet spurgt, om de har haft møder med deres sagsbehandler inden for de sidste 2 måneder. 62 pct. har ikke haft møder med deres sagsbehandler inden for de sidste 2 måneder, mens 38 pct. således har haft ét eller flere møder.

TABEL 14.12

Brugere, der har en sagsbehandler og kender deres sagsbehandler, fordelt efter antallet af møder med kommunal sagsbehandler inden for de sidste 2 måneder. Antal og procent.

Antal møder med sags- behandler inden for de sidste 2 måneder	Antal	Procent
0	480	62
1	172	22
2	54	7
3	24	3
4 og derover	40	5
I alt	775	100

Kilder: Bruger-surveyen.

Kontakten med den kommunale sagsbehandler kan også foregå mellem behandlingsstedet og sagsbehandleren. Her vurderer hovedparten af behandlingslederne, at en sådan kontakt med eksterne kommunale sags-

behandlere omkring den enkelte brugers behandling eller sociale situation typisk sker med 2-3 måneders mellemrum.

TABEL 14.13

Behandlingsstederne fordelt efter hyppigheden i deres kontakt med eksterne kommunale sagsbehandlere vedrørende den enkelte brugers behandling eller sociale situation. Antal og procent.

	Antal	Procent
Hver måned	25	26
Med 2-3 måneders mellemrum	55	57
Med 4-6 måneders mellemrum	7	7
Hver 7-12 måneders mellemrum eller sjældnere	6	6
Aldrig	1	1
Ved ikke	3	3
I alt	97	100

Anm.: Spørgsmålet lyder: Hvor ofte diskuterer personalet i gennemsnit den enkelte brugers behandling eller sociale situation med en ekstern kommunal sagsbehandler (fx en sagsbehandler fra jobcentret)?

Kilde: Behandlingssteds-surveyen.

Resultaterne af bruger-surveyen peger således på, at en del brugere har en forholdsvis sparsom kontakt med deres kommunale sagsbehandler, og resultaterne peger endvidere på, at mange brugere oplever, at de har en dårlig kontakt med deres sagsbehandler.

Vi har således også spurgt til brugernes vurdering af deres tilfredshed med den kommunale sagsbehandler, hvor 39 pct. af brugerne udtrykker, at de er utilfredse eller meget utilfredse. Her kan det særligt bemærkes, at utilfredsheden gør sig gældende på tværs af behandlingsintensiteter, og det skal yderligere bemærkes, at brugere, der ikke har eller ikke kender deres sagsbehandler, ikke indgår i opgørelsen.

TABEL 14.14

Brugere, der har og kender deres kommunale sagsbehandler, fordelt efter deres tilfredshed med deres kommunale sagsbehandler, særskilt for behandlingsintensitet. Procent og antal.

Behandlings-intensitet	Meget tilfreds	Tilfreds	Hverken/eller	Utilfreds	Meget utilfreds	I alt procent	I alt antal
Ad hoc	17	28	14	14	26	100	246
Ambulant	22	26	13	14	25	100	239
Dag-behandling	21	23	17	17	21	100	47
Døgn-behandling	33	27	6	16	18	100	67
I alt	22	27	13	15	24	100	599

Anm.: $\chi^2 = 12$, $p = 0,465$, Gamma = - 0,091, $p = 0,055$.

Brugere, der har svaret 'ved ikke' (0,5pct.) eller 'har ikke haft kontakt nok til at vurdere sagsbehandler' (22 pct.), er ikke medtaget.

Kilde: Bruger-surveyen,

Den forholdsvis udbredte utilfredshed med den kommunale sagsbehandler gør sig ligeledes gældende på tværs af bopælskommune, hvor der dog er den største andel, der er utilfredse eller meget utilfredse i Københavns omegn med 48 pct. af brugerne.

Der er også en betydelig del af brugerne, der ikke oplever, at der foregår noget samarbejde mellem behandlingsstedet og andre offentlige instanser, idet 33 pct. slet ikke oplever et sådant samarbejde, og 22 pct. i mindre grad oplever et sådant samarbejde. Andelen, der ikke oplever noget samarbejde, er dog klart størst i gruppen, der modtager ad hoc-tydelser med 44 pct. Der kan dog her foregå samarbejde, som brugeren ikke kender til.

TABEL 14.15

Brugere, der har og kender deres kommunale sagsbehandler, fordelt efter deres tilfredshed med deres kommunale sagsbehandler, særskilt for bytype. Procent og antal.

Bytype	Meget tilfreds	Tilfreds	Hverken/ eller	Utilfreds	Meget utilfreds	I alt procent	I alt antal
Københavns Kommune	22	30	15	14	19	100	112
Københavns Omegn	16	21	15	13	35	100	144
Århus, Odense, Aalborg & Esbjerg	25	28	12	19	16	100	156
> 30.000 indbyggere	18	34	8	17	23	100	104
< 30.000 indbyggere	24	20	15	9	31	100	86
I alt	21	27	13	15	24	100	512

Anm.: $\chi^2 = 27$, $p = 0,044$. Brugere, der har svaret 'ved ikke' (2 pct.) eller 'har ikke haft kontakt nok til at vurdere sagsbehandler' (22 pct.), er ikke medtaget.

Kilde: Bruger-surveyen.

TABEL 14.16

Brugerne fordelt efter deres oplevelse af samarbejdet mellem behandlingssted og andre offentlige instanser, særskilt for behandlingsintensitet. Procent og antal.

Behandlings-intensitet	Oplever i høj grad samarbejde	Oplever i nogen grad samarbejde	Oplever i mindre grad samarbejde	Oplever slet ikke samarbejde	I alt procent	I alt antal
Ad hoc	12	20	24	44	100	358
Ambulant	22	28	23	27	100	344
Dag-behandling	34	30	15	21	100	61
Døgn-behandling	41	26	17	16	100	88
I alt	20	25	22	33	100	851

Anm.: $\chi^2 = 74$, $p = 0,000$. I tabellen er brugere, der vurderer ikke selv at kunne vurdere samarbejdet (13 pct.) eller svarer 'ved ikke' (3 pct.), ikke medtaget.

Kilde: Bruger-surveyen,

I forbindelse med at understøtte brugerne i kontakten med offentlige myndighedspersoner som sagsbehandlere, fremhæver de frivillige organisationer, at rollen som bisiddere ved en sådan kontakt ofte har været varetaget af medarbejdere og frivillige på fx værestederne. I en del tilfælde varetager personalet på behandlingsstederne også en sådan bisidderfunktion.

33 pct. af brugerne har haft personer fra behandlingsstedet med som bisiddere til møder med andre offentlige myndigheder, og denne andel er lavest i gruppen, der modtager ad hoc-samtaler med 26 pct., og højest i gruppen, der modtager dagbehandling med 50 pct.

TABEL 14.17

Brugere fordelt efter, om de har været til møde med bisidder med personer fra behandlingssted og fra andre offentlige myndigheder, særskilt for behandlingsintensitet. Procent og antal.

Behandlingsintensitet	Har været til møde med bisidder	Har ikke været til møde med bisidder	I alt procent	I alt antal
Ad hoc	26	74	100	435
Ambulant	36	64	100	391
Dagbehandling	50	50	100	68
Døgnbehandling	43	57	100	96
I alt	33	67	100	990

Anm.: $\chi^2 = 25$, $p = 0,000$. Brugere, der har svaret 'ved ikke' (2pct.), er ikke medtaget.

Kilde: Bruger-surveyen,

OPSUMMERING

Analysen af visitationssystemerne i kommunerne peger på en betydelig variation mellem kommunerne i visitationssystemernes opbygning og de procedurer, der benyttes. En væsentlig skillelinje er, om visitationen er placeret på behandlingsstederne eller i kommunale myndighedsafdelinger eller, som en yderligere variant, om de kommunale visitatorer er placeret i tilknytning til behandlingsstederne. En anden væsentlig skillelinje er, om visitationen til døgnbehandling og ambulant behandling er placeret forskellige steder. Der er således eksempler på, at visitationen til døgnbehandling er placeret i kommunen, mens visitationen til ambulant behandling er placeret på behandlingsstederne. Her kan også hensyn til at kunne

styre økonomien i forbindelse med den relativt dyrere døgnbehandling spille ind på udformningen af visitationssystemerne.

Analysen af de fem eksempler viser, at visitationssystemer og visitationspraksis kan hænge sammen med lokale opfattelser af, om døgnbehandling eller ambulant behandling er det foretrukne valg. Der er således eksempler på kommuner, der har en opfattelse af, at ambulant behandling som udgangspunkt er 'førstevalget', mens der også er et eksempel på en kommune, hvor der i højere grad lægges vægt på at tilbyde døgnbehandling med et sigte mod at opnå stoffrihed. Her er det tydeligt, at holdningsmæssige forskelle i forhold til de forskellige behandlingstyper også er forankret i forskellige forestillinger omkring stoffrihed vs. skadesreducerende tilbud.

Analysen har også belyst en forskellig praksis omkring udredning af brugere i forbindelse med visitation. Her er der en del variation mellem kommuner og behandlingssteder i forhold til, hvor mange samtaler der benyttes i visitationen, og hvor lang tid der benyttes i visitationssamtalerne. Der er også eksempler på, at visitationen udelukkende sker på baggrund af indstillinger fra behandlingsstedet. Her kan der være forskel i praksis omkring, hvorvidt sådanne indstillinger generelt følges, eller hvorvidt der i væsentligt omfang stilles spørgsmål ved indstillingerne. Også her kan holdningsmæssige forskelle i forhold til spændet mellem stoffrihed og skadesreduktion spille ind.

Analysen peger på, at der kun i begrænset omfang udarbejdes psykologiske/psykiatriske udredninger af brugerne i den sociale stofmisbrugsbehandling. Set i lyset af at en stor andel af brugerne angiver at have psykiske problemer, og at en del må antages at have udiagnosticerede psykiske sygdomme og tilstande, kan det problematiseres, at der kun i begrænset omfang ligger psykologiske/psykiatriske udredninger til grund for visitationerne.

Analysen har også rettet fokus mod forekomsten af de sociale handleplaner. Her er der en betydelig forskel i vurderingen af forekomsten af de sociale handleplaner og øvrige skriftlige planer såsom behandlingsplaner, når vi sammenligner vurderingerne fra kommunerne og behandlingsstederne med resultaterne fra journalundersøgelsen og bruger-surveyen, hvor de to sidstnævnte delundersøgelser peger på, at der ikke foreligger skriftlige planer i en betydelig del af journalerne og navnlig ikke i opiat-misbrugernes journaler, ligesom en betydelig del af brugerne ikke er bekendt med skriftlige planer for deres behandling. Her er det

vigtigt, at det sikres, at alle brugere tilbydes at få udarbejdet en handleplan, og den kvalitative undersøgelse peger endvidere på vigtigheden af, at der foregår et konkret motivationsarbejde sammen med brugerne med henblik på at få brugerne til at gøre brug af et tilbud om at få udarbejdet en handleplan.

Analysen af visitations- og sagsbehandlingsprocessen peger generelt på, at det er vigtigt, at der er afklaring omkring rolle- og ansvarsfordeling i forhold til både udarbejdelse af handleplaner og generelt i forhold til koordineringen af den sociale indsats. Her viser analysen særligt, at en betydelig del af brugerne ikke har kendskab til eller kontakt med deres kommunale sagsbehandler, og en stor del af brugergruppen giver udtryk for utilfredshed med deres kommunale sagsbehandler.

SAMARBEJDE

Overgangen af misbrugsbehandlingen fra Amterne til kommunerne med kommunalreformen i 2007 har betydet, at misbrugsområdet generelt har været igennem en del administrative omorganiseringer i de fleste kommuner. Samtidig har der også på en række øvrige indsatsområder været betydelige omstruktureringer navnlig i forhold til ændringer omkring jobcentre.

I undersøgelsen er samarbejdet mellem behandlingsstederne og en række øvrige aktører, der er involveret i indsatsen over for behandlingsstedernes brugere, belyst gennem spørgsmål til både behandlingssteder og kommuner.

SAMARBEJDE OG KOORDINATION

Analysen af brugernes psykiske, sociale og fysiske problemer viser, at stofmisbrugergruppen generelt er karakteriseret ved komplekse problemstillinger, og indsatsen i forhold til disse sammensatte problematikker involverer generelt en række aktører i det sociale system. En væsentlig forudsætning for, at der kan etableres en velfungerende helhedsorienteret indsats er, at samarbejde og koordination mellem forskellige aktører, der er involveret i indsatsen, fungerer godt.

En betydelig andel af behandlingslederne vurderer imidlertid, at der er problemer med koordinationen mellem stofmisbrugsbehandlingen og indsatser over for en række øvrige problemer. Således vurderer 65 pct. af behandlingsstederne, at der i høj grad eller i nogen grad er problemer med koordinationen af indsatsen i forhold til psykiske problemer, 51 pct. i forhold til problemer vedrørende beskæftigelse og uddannelse, 47 pct. i forhold til boligproblemer og 37 pct. i forhold til koordinationen af indsatsen i forhold til problemer med brugernes børn. Det er blot en lille andel af behandlingsstederne, der vurderer, at der slet ikke er sådanne koordinationsproblemer.

TABEL 15.1

Behandlingsstederne fordelt efter deres vurdering af problemer med koordination af stofmisbrugsbehandlingen og andre sociale indsatser. Procent.

I hvor høj grad vurderer behandlingslederen, at der er problemer med koordinationen af stofmisbrugsbehandlingen og indsatser over for...	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke	I alt procent
Fysiske problemer	6	29	46	14	6	100
Psykiske problemer	18	47	23	8	4	100
Boligproblemer	10	37	33	14	6	100
Problemstillinger vedr. beskæftigelse eller uddannelse	9	42	36	10	3	100
Problemstillinger vedr. forsørgelse	10	32	35	16	7	100
Problemstillinger vedr. børn	10	27	36	19	8	100
Problemstillinger vedr. kriminalitet	3	27	45	19	7	100

Anm.: n = 108.

Kilde: Behandlingssteds-surveyen.

Det er en betydelig andel af behandlingsstederne, der ikke har faste møder med en række samarbejdspartnere, såsom psykiatrien, jobcentret og den kommunale socialafdeling og således afholder møder ad hoc.

Særligt i forhold til de frivillige organisationer vurderer en betydelig andel på 54 pct. af behandlingsstederne, at disse organisationer ikke

er vigtige samarbejdspartnere. I interviewene med de frivillige organisationer blev der udtrykt synspunkter om, at de frivillige organisationers tilbud udgør et supplement til det offentlige system, og en betydelig del af interviewpersonerne fra de frivillige organisationer gav udtryk for, at de ikke ønskede en tættere integration af de frivillige organisationers tilbud og behandlingssystemet. De frivillige organisationer påpeger dog, at de spiller en væsentlig rolle i forbindelse med den sociale støtte og opsøgende indsats over for de mest udsatte misbrugere, og flere frivillige organisationer ønsker en styrket rolle i forhold til det opsøgende arbejde.

TABEL 15.2

Behandlingsstederne fordelt efter deres vurdering af karakteren af deres møder med samarbejdspartnere. Procent.

	Faste møder	Både faste og ad hoc-møder	Ad hoc møder	Ikke vigtig samarbejdspartner	I alt
Kommunale misbrugscentre	35	24	30	11	100
Private behandlingstilbud	25	27	37	11	100
Jobcentret	6	20	63	11	100
Socialafdeling	17	26	50	7	100
Psykiatrien	12	19	55	14	100
Kriminalforsorgen	10	25	57	7	100
Hospitaler	2	9	53	36	100
Frivillige organisationer (fx Kirkens Korshær, pårørende foreninger osv.)	4	12	31	54	100

Anm.: I øverste række vedr. samarbejde med kommunale misbrugscentre indgår kommunale behandlingssteder ikke (n = 37 i øverste række). I anden række vedr. samarbejde med private behandlingstilbud indgår private behandlingssteder ikke (n = 75 i anden række). I de resterende rækker vedr. øvrige samarbejdspartnere indgår alle behandlingssteder (n = 108).

Kilde: Behandlingssteds-surveyen.

VURDERING AF SAMARBEJDET

På trods af at en betydelig del af behandlingsstederne vurderer, at der er problemer med koordination af indsatser, og at der ikke er tale om regelmæssige møder med samarbejdspartnerne, vurderer hovedparten af behandlingslederne, at de er tilfredse med samarbejdet med en række

øvrige aktører (tabel 15.3). En vis andel udtrykker dog utilfredshed med samarbejdet med psykiatrien og med jobcentrene. Det samme billede viser sig i kommunernes (tabel 15.4) og visitatorenes vurdering af samarbejdsrelationerne (tabel 15.5).

TABEL 15.3

Behandlingslederne, fordelt efter deres tilfredshed med, hvordan samarbejdet med øvrige aktører fungerer. Procent.

	Meget godt	Godt	Hverken godt eller dårligt	Dårligt	Meget dårligt	Ikke vigtig samarb.- partner	I alt pro- cent
Kommunale misbrugs- centre	27	60	3	0	3	8	100
Private behandlings- tilbud	19	49	13	0	0	19	100
Jobcentret	14	25	34	13	1	13	100
Socialaf- deling	15	49	27	3	2	5	100
Psykiatrien	7	22	40	12	7	13	100
Kriminalfor- sorgen	16	56	18	4	0	7	100
Hospitaler	5	30	27	7	0	32	100
Frivillige organisatio- ner	7	20	21	0	0	51	100

Anm.: I øverste række vedr. samarbejde med kommunale misbrugscentre indgår kommunale behandlingssteder ikke (n = 37 i øverste række). I anden række vedr. samarbejde med private behandlingstilbud indgår private behandlingssteder ikke (n = 75 i anden række). I de resterende rækker vedr. øvrige samarbejdspartnere indgår alle behandlingssteder (n = 108).

Kilde: Behandlingssteds-surveyen.

TABEL 15.4

Kommunale myndighedspersoner fordelt efter deres vurdering af, hvordan samarbejdet mellem stofmisbrugsbehandlingen og samarbejdspartnere fungerer. Procent.

Samarbejds-partner	Meget godt	Godt	Hverken godt eller dårligt	Dårligt	Meget dårligt	Ved ikke	I alt procent
Private behand- lingstilbud	29	49	7	0	0	15	100
Jobcentret	13	34	35	7	1	10	100
Socialafdelingen/ socialcenter	33	46	18	1	0	2	100
Psykiatrien	5	35	37	16	4	4	100
Kriminalforsorgen	6	47	30	2	1	13	100
Hospitaler	2	22	42	13	2	18	100
Frivillige organi- sationer	4	42	24	1	0	29	100

Anm.: n = 83.

Kilde: Surveyen til kommunerne.

TABEL 15.5

Visitatorerne, fordelt efter deres vurdering af eget samarbejde med samarbejdspartnere. Procent.

Hvor godt eller dårligt oplever du, at samarbejdet mellem visitationen til stofmisbrugsbehandling og følgende samarbejdspartnere fungerer?	Meget godt	Godt	Hverken godt eller dårligt	Dårligt	Meget dårligt	Ved ikke	I alt procent
Jobcentret	20	52	21	4	0	4	100
Socialafdelingen i kommunen	33	40	21	3	1	3	100
Psykiatrien	10	30	34	17	7	4	100
Kriminalforsorgen	17	35	38	3	0	8	100

Anm.: n = 77.

Kilde: Visitator-surveyen,

Navnlig er der en høj grad af tilfredshed med samarbejdet de kommunale og private behandlingssteder imellem. 87 pct. af de kommunale behand-

lingsledere vurderer, at samarbejdet med de private behandlingstilbud fungerer meget godt eller godt, og 68 pct. af de private behandlingssteder har samme vurdering af samarbejdet med de kommunale misbrugscentre (tabel 15.3).

Der er også en høj andel af behandlingslederne, der er tilfredse med samarbejdet med de kommunale socialafdelinger. Ligeledes vurderer hovedparten af de kommunale myndighedspersoner, at samarbejdet mellem misbrugscentrene og de kommunale socialafdelinger fungerer godt. I de kvalitative interview peger en del af både de kommunale myndighedspersoner og behandlingslederne på positive synergieffekter af, at misbrugsbehandlingen er overgået til kommunalt regi, herunder at den administrative afstand mellem kommuner og behandlingssteder er blevet kortere.

Der er dog samtidig også en del interviewpersoner, der påpeger problemer i samarbejdet. Det gælder navnlig koordinationen af indsatsen for den enkelte bruger. Her kan det være vanskeligt for personalet på behandlingsstederne at skaffe information om, hvem der aktuelt er sagsbehandlere for brugerne, og hyppige udskiftninger af sagsbehandlere opleves som et stort problem i nogle kommuner. Hvor der således på et administrativt niveau ofte er gode samarbejdsrelationer, peger interviewmaterialet på, at der stadig er betydelige organisatoriske og praktiske barrierer i forhold til at etablere en helhedsorienteret indsats for brugerne.

Også jobcentrene udgør en væsentlig samarbejdspartner for de fleste misbrugscentre. 39 pct. af behandlingslederne har en positiv vurdering af samarbejdet med jobcentrene, og kun 8 pct. udtrykker, at samarbejdet er dårligt. En del af både behandlingslederne og de kommunale myndighedspersoner vurderer samarbejdet som hverken godt eller dårligt. Blandt visitatorerne er det 72 pct., der vurderer samarbejdet med jobcentret positivt. Der peges dog på, at der i en del tilfælde på jobcentrene ikke er tilstrækkelig opmærksomhed på misbrugergruppens særlige problemer, herunder på paratheden i forhold til aktivering, og der nævnes eksempler på manglende koordinering mellem misbrugsbehandlingsforløb og aktiveringsforløb.

Den laveste grad af tilfredshed med samarbejdet finder vi i forhold til psykiatrien. Kun 29 pct. af behandlingslederne vurderer samarbejdet med psykiatrien som meget godt eller godt, og 19 pct. karakterise-

rer dette samarbejde som dårligt eller meget dårligt. Også 24 pct. af visitatorerne karakteriserer samarbejdet med psykiatrien som dårligt.

Man har beskrevet psykisk syge stofmisbrugere som nogle af de allerdårligst stillede mennesker i det danske samfund siden slutningen af 1980'erne (Brandt, 1987a, 1987b) og talt om problemerne med, at de 'faldt mellem to stole', fordi hverken det psykiatriske behandlingssystem eller behandlingssystemet for stofmisbrugere kunne rumme dem (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002). En ekspertgruppe anbefalede i 2002, at regeringen entydigt gav enten psykiatrien eller stofmisbrugsbehandlingssystemet det primære ansvar for behandlingen af psykisk syge stofmisbrugere og anbefalede, at det blev psykiatrien (ibid.). Formanden for Dansk Psykiatrisk Selskab var enig i denne anbefaling (Andreasen, 2002). De politiske parter indgik året efter en psykiatraftale med de kommunale parter, hvor der var enighed om, at ekspertgruppens anbefaling skulle indgå i den fremtidige tilrettelæggelse af indsatsen over for denne gruppe (Sundhedsministeriet, 2003: Pkt. IV). Ansvar for behandlingen af egentlig psykisk sygdom påhviler i dag således det psykiatriske behandlingssystem.

Vi har i afsnittet omkring den helhedsorienterede indsats afdækket, at en betydelig del af brugerne ikke oplever at få den hjælp, de har brug for i forhold til deres psykiske problemer. Her skal det påpeges, at en del af brugerne, som har angivet at have psykiske problemer, må antages at lide af egentlige psykisk sygdom som fx skizofreni og personlighedsforstyrrelser, men at der også er en del af brugergruppen, som har en række øvrige psykiske problemer som fx angst og koncentrationsproblemer, ligesom en betydelig del af brugerne i surveyen til de tidligere brugere angiver, at de lider af depression.

En del brugere har oplevet at blive afvist i det psykiatriske behandlingssystem, og det er en begrænset del af brugergruppen, der har gennemgået en psykiatrisk udredning, hvorved det kunne afklares, hvilke behandlingsbehov disse brugere har, og om behandlingen i givet fald bør varetages i det psykiatriske behandlingssystem, eller om der er tale om problemstillinger, der kan håndteres i det kommunale system i regi af misbrugsbehandlingen eller socialpsykiatrien.

Mange behandlingsledere, kommunale myndighedspersoner og visitatorer peger i interviewene på problemer i samarbejdet med behandlingspsykiatrien. Nogle interviewpersoner nævner, at der gennem de senere år er kommet mere fokus på de psykisk syge misbrugere, og at der

flere steder, fx på Sankt Hans Hospital, findes specialafdelinger til denne gruppe, ligesom der i højere grad er blevet SKP-medarbejdere tilknyttet de svageste brugere. Der peges dog på, at der ofte er lange ventetider til både specialafdelinger og til psykiatrisk bistand i forbindelse med udredningsforløb, og at der også lokalt kan være ventetider i forhold til at få tilknyttet en SKP-medarbejder. Flere interviewpersoner efterlyser kommunalt ansatte psykiatere, og andre kritiserer, at der ikke er psykologer ansat på misbrugscentre, særligt i forhold til at håndtere brugere med fx personlighedsforstyrrelser og ADHD. På andre behandlingssteder, hvor der er ansat psykologer, gives der udtryk for en stor tilfredshed med, at det er muligt at henvise brugere direkte til psykologsamtaler, når der er behov for det.

Navnlig i de mindre og mellemstore kommuner peges der på, at koordinationen mellem misbrugsbehandlingen og den kommunale socialpsykiatriske indsats er blevet enklere, efter at misbrugsbehandlingen er overgået til kommunerne, og at der er blevet aftalt mere faste procedurer for samarbejdet. Der er i interviewmaterialet eksempler på kommuner, der har positive erfaringer med en forvaltningsmæssig integration af misbrugsområdet og socialpsykiatrien, og at en sådan integration konkret bidrager til, at de administrative medarbejdere på de to områder i højere grad bliver opmærksomme på problemerne omkring snitfladen mellem de to områder. Ikke mindst i forhold til den kommunale opsøgende indsats, herunder SKP-arbejdet, opleves en sådan integration mellem områderne positiv.

OPSUMMERING

Misbrugergruppens komplekse psykiske, sociale og fysiske problemer gør, at behovet for koordinering mellem forskellige sociale indsatser og for samarbejde mellem forskellige aktører i indsatsen, er stort.

I forhold til misbrugscentrenes overgang til kommunalt regi peger interviewene primært på fordele ved, at misbrugsbehandlingen er overgået til kommunerne, idet der nævnes kortere administrative afstande i forhold til de øvrige kommunale enheder og navnlig til socialafdelingerne, ligesom der kan være positive synergieffekter ved en forvaltningsmæssig integration mellem misbrugsområdet og socialpsykiatrien i kommunerne.

Behandlingslederne vurderer imidlertid, at der i betydelig grad er problemer med koordinering af indsatsen på flere områder, men samtidig giver hovedparten af både behandlingslederne, kommunerne og visitatorerne udtryk for tilfredshed med samarbejdsrelationerne på de fleste områder.

Et særligt problem er samarbejdet med psykiatrien, der fremhæves som en af de væsentligste udfordringer i misbrugsbehandlingen. På trods af at der i psykiatriaftalen fra 2003 blev truffet beslutning om, at ansvaret for behandlingen af de psykisk syge misbrugere påhviler det psykiatriske system, peger resultaterne på, at der er mange barrierer forbundet med at sikre, at de psykisk syge misbrugere får den behandling, de har brug for. Her peger interviewpersonerne både på problemer med mangel på specialiserede tilbud, ventetider i det psykiatriske behandlingssystem, og at en del misbrugere afvises i det psykiatriske system med henvisning til deres misbrug. Manglen på psykiatrisk udredning betyder, at der ikke sker en afklaring af, om der er tale om egentlig psykisk sygdom eller om problemstillinger, der kan håndteres i fx misbrugsbehandlingen eller socialpsykiatrien.

I forhold til jobcentrene kan der peges på et fortsat behov for at sikre koordination mellem misbrugsbehandlingsforløb og aktiveringsforløb.

Der kan rettes opmærksomhed på, at samarbejdet med de øvrige aktører for en stor del af behandlingsstedernes vedkommende har karakter af ad hoc-møder, hvor der kan være brug for et mere struktureret og formaliseret samarbejde, fx i form af faste, regelmæssige møder mellem aktørerne på området. Der er brug for klarhed om, hvem der varetager en tovholder-funktion for brugeren, og at der er en klar ansvarsfordeling mellem de forskellige aktører, der indgår i indsatsen. Det er også vigtigt, at der er let tilgængelig information for behandlerne på misbrugscentre om, hvem der er kontaktpersoner for brugerne på de øvrige tilbud, som brugeren modtager.

Hovedparten af behandlingsstederne anser ikke de frivillige sociale organisationer for at være vigtige samarbejdspartnere. De frivillige organisationer giver udtryk for, at de ikke ønsker en for tæt integration i forhold til behandlingssystemet, da tilbuddene i de frivillige organisationer skal ses som en ekstra dimension i viften af sociale tilbud, der er til rådighed for de mest udsatte grupper. De frivillige organisationer påpe-

ger, at de kan spille en væsentlig rolle i forbindelse med den opsøgende indsats.

KVALITETSUDVIKLING

I dette kapitel belyser vi interviewpersonernes vurderinger af behovet for og indsatsen for at videreudvikle kvaliteten af den sociale stofmisbrugsbehandling. Vi ser på monitoreringen af behandlingen og på brugen af kvalitetsstandarder som et redskab til at udvikle kvaliteten i behandlingen. Dernæst ser vi mere generelt på udviklingen af behandlingen, herunder hvilke forhold behandlingsledere og myndighedspersoner angiver som væsentligste barrierer for at levere behandling af en god kvalitet, og hvad interviewpersonerne særligt peger på som områder, hvor der kan være brug for at løfte indsatsen.

MONITORERING

Fra centralt hold monitoreres den sociale stofmisbrugsbehandling via indberetninger til nationale registre, herunder Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling (SIB), DanRIS og Servicestyrelsens Stofmisbrugsdatabase. Fra disse registre kan trækkes oplysninger om brugerne og den stofmisbrugsbehandling, de er indskrevet i, og det er muligt at sammenligne disse oplysninger på tværs af kommuner. I de kvalitative interview med kommunale myndighedspersoner er det dog tydeligt, at langt fra alle kommunerne anvender de nationale registre til

monitorering af behandlingsindsatsen, men i højere grad benytter parallelle kommunale journalsystemer.

Af de 86 kommuner, som har besvaret spørgeskemaet, har 76 pct. af kommunerne et elektronisk journalsystem på stofmisbrugsområdet. Blandt kommuner, der selv udfører stofmisbrugsbehandling, er det 90 pct., som har et elektronisk journalsystem, mod 62 pct. af kommunerne, som ikke selv udfører stofmisbrugsbehandling. Forskellen skyldes formentlig, at de sidstnævnte kommuner ikke har et separat system til stofmisbrugsbehandling, da brugerens behandlingsjournal ligger i samarbejdspartnerens system. I det følgende fokuserer vi således på, hvad den elektroniske journal anvendes til i kommuner, som selv udfører stofmisbrugsbehandlingen.

I disse kommuner anvendes det elektroniske journalsystem især til systematisk opfølgning på behandlingens indhold og intensitet. Der er således 84 pct. af myndighedspersonerne, som i høj eller nogen grad anvender det elektroniske journalsystem til dette, og kun 3-5 pct., som slet ikke anvender journalsystemet til dette. 30 pct. af myndighedspersonerne anvender i høj grad det elektroniske journalsystem til at følge op på kvaliteten af behandlingen, og 32 pct. anvender i høj grad journalsystemet til at følge systematisk op på kvaliteten af sagsbehandlingen.

TABEL 16.1

Kommuner, som selv udfører stofmisbrugsbehandlingen, fordelt efter deres anvendelse af det elektroniske journalsystem til opfølgning. Procent.

Systematisk opfølgning på	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke	I alt procent
Behandlingens indhold	62	22	14	3	0	100
Behandlingens intensitet	65	19	11	5	0	100
Resultaterne af behandlingen	38	46	8	8	0	100
Kvaliteten af behandlingen	30	35	22	11	3	100
Kvaliteten af sagsbehandlingen	32	41	14	11	3	100

Anm.: n = 37. Kun kommuner, som har et elektronisk journalsystem, er inkluderet.

Kilde: Surveyen til kommunerne.

På spørgsmålet om kvalitetssikring nævner en stor del af myndighedspersonerne i de kvalitative interview den generelle ledelsesmæssige supervision af behandlingen. En del kommuner baserer således kvalitetssikringen på behandlingslederens indtryk af, hvordan behandlingen fungerer, men har ikke systematiske metoder, hvor der fx årligt følges op på indholdet og resultaterne af behandlingen. For kommuner, som ikke selv udfører behandlingen, betyder dette, at de langt hen ad vejen er nødt til at have tillid til, at deres leverandør leverer stofmisbrugsbehandling af god kvalitet.

Nogle kommuner gennemfører dog også en mere systematisk opfølgning på kvaliteten af behandlingen og sagsbehandlingen. Dette sker fx i form af fælleskommunale projekter om fælles evaluering af egen behandling og private døgnbehandlingstilbud samt kvartalsvise kvalitetsopfølgninger. Derudover anvender nogle kommuner ekstern supervision af deres behandling og sagsbehandling for at følge op på kvaliteten af behandlingen og give gode råd til kvalitetsforbedringer.

Der rettes i interviewmaterialet generelt en ret omfattende kritik mod den byrde, som hovedparten af interviewpersonerne oplever ved indberetningen til nationale registre. Her kritiseres det særligt, at der sker en parallel indberetning til flere registre, idet der både sker en indberetning til Servicestyrelsens Stofmisbrugsdatabase og Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling (SIB), samtidig med at der som oftest også sker en indberetning i parallelle kommunale systemer. Det kritiseres generelt, at der ikke er mulighed for én samlet indberetning, og mange interviewpersoner, både behandlingsledere, kommunale myndighedspersoner og visitatorer kritiserer, at indberetningen er af et omfang, hvor der i væsentlig grad går tid fra brugerkontakten på grund af indberetningen.

Der kan her rettes opmærksomhed på, at der er truffet en generel principbeslutning om at integrere Servicestyrelsens Stofmisbrugsdatabase og Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling. Interviewmaterialet understøtter, at der i høj grad er behov for en sådan sammenlægning.

SUCCESKRITERIER OG MINIMUMSKRITERIER

I forhold til at kunne evaluere og monitorere stofmisbrugsbehandlingen systematisk kan det være hensigtsmæssigt at opstille succeskriterier eller minimumsstandarder, som behandlingen skal opfylde.

Kommunerne benytter dog kun i forholdsvis begrænset grad konkrete mål og kriterier for god behandling. Det er således kun 56 pct. af kommunerne, som selv udfører stofmisbrugsbehandling, og 27 pct. af kommunerne, som ikke selv udfører stofmisbrugsbehandling, som har skriftligt formuleret specifikke succeskriterier for området. Indholdet af disse succeskriterier er rapporteret i tabel 17.2, som viser, at flest kommuner har skriftlige succeskriterier for deres medarbejdere. Således har 56 pct. succeskriterier for efteruddannelse af medarbejdere, og 47 pct. har succeskriterier for henholdsvis fastholdelse af medarbejdere og medarbejdertilfredshed.

TABEL 16.2

Kommuner, som har skriftlige succeskriterier, fordelt efter indholdet af disse succeskriterier. Procent.

Succeskriterier	Ja	Nej	Ved ikke	I alt procent
Hvor mange brugere, der opnår stoffrihed	32	56	12	100
Hvor mange brugere, der reducerer deres forbrug af stoffer	24	65	12	100
Hvor mange brugere, der opnår en forbedret sundhedstilstand	38	50	12	100
Hvor mange brugere, der opnår et forbedret socialt/ psykisk funktionsniveau	41	44	15	100
Hvor mange brugere, der kommer ud af/ reducerer kriminalitet	6	77	18	100
Hvor mange brugere, der kommer ud af/ reducerer prostitution	3	82	15	100
Hvor mange brugere, der kommer ud af hjemløshed	24	65	12	100
Hvor mange brugere, der kommer i beskæftigelse/ uddannelse	32	59	9	100
Brugertilfredshed	38	50	12	100
Fastholdelse af brugere i behandling	38	47	15	100
Medarbejdertilfredshed	47	38	15	100
Fastholdelse af medarbejdere	47	38	15	100
Efteruddannelse af medarbejdere	56	32	12	100

Anm.: n = 34.

Kilde: Surveyen til kommunerne.

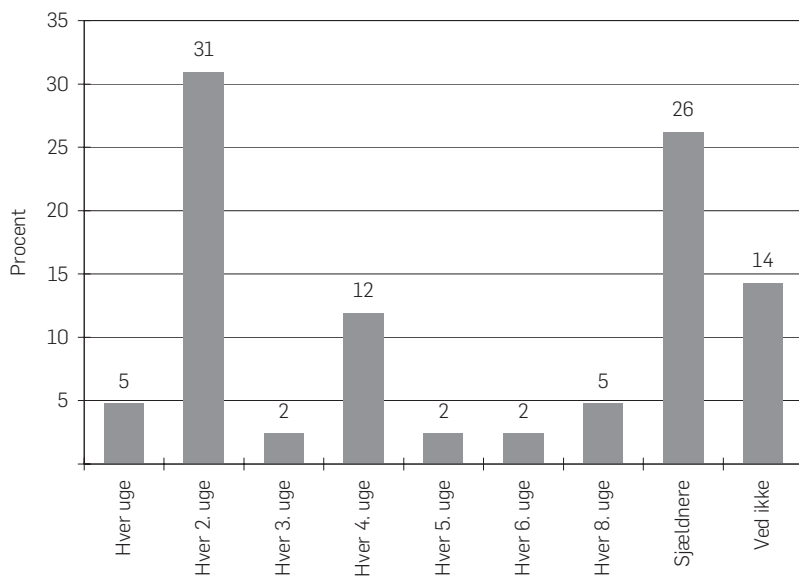
38 pct. af kommunerne har succeskriterier for brugernes tilfredshed med behandlingen og fastholdelse af brugere i behandlingen. Med hensyn til, hvad brugerne får ud af behandlingen, har flest succeskriterier for, hvor mange brugere der opnår et forbedret socialt og psykisk funktionsniveau

(41 pct.) og forbedrer deres sundhedstilstand (38 pct.). Succeskriterier for brugernes stofmisbrug er ikke de mest fremtrædende, idet 32 pct. af kommunerne har skriftlige succeskriterier for, hvor mange brugere der opnår stoffrihed, og 24 pct. har succeskriterier for, hvor mange brugere der reducerer deres brug af stoffer. 10 af de 34 kommuner med skriftlige succeskriterier har ikke succeskriterier inden for nogle af de områder, der er nævnt i tabel 16.2. Ud fra disse fordelinger er det tydeligt, at kommunerne har et fokus på processer frem for effekter af behandlingen. Det er desuden kun halvdelen af kommunerne med skriftlige succeskriterier, som evaluerer disse regelmæssigt.

En anden måde at kvalitetssikre behandlingen på er at stille minimumskriterier for, hvor ofte brugeren skal have behandling, fx hvor ofte substitutionsbrugere skal have en behandlingssamtale. Blandt kommuner, som selv udfører stofmisbrugsbehandlingen, er det 76 pct., som har minimumskriterier for, hvor ofte substitutionsbrugere skal have samtaler med behandlere, mens dette kun er tilfældet for 27 pct. af kommunerne, som ikke selv udfører stofmisbrugsbehandling. Af de 42 kommuner, som har minimumskriterier for hyppighed af behandlingssamtaler for brugere i substitutionsbehandling, er minimumskriteriet i 36 pct. af kommunerne, at brugeren skal have behandlingssamtaler hver anden uge. I 26 pct. af kommunerne er minimumskriteriet sjældnere end hver ottende uge, i de fleste tilfælde hver tredje måned, men hver sjette og tolvte måned er også nævnt.

FIGUR 16.1

Kommuner, som har minimumskriterier for, hvor ofte brugere i substitutionsbehandling skal have en behandlingssamtale, fordelt efter hvor ofte samtalerne som minimum skal finde sted. Procent



Anm.: n = 42.

Kilde: Surveyen til kommunerne.

Både for kommuner med minimumskriterier og kommuner uden sådanne kan det være relevant at monitorere, hvor mange samtaler brugerne reelt har med deres behandler. Blandt kommuner, som selv udfører stofmisbrugsbehandling, er det 39 pct., som monitorerer intensiteten af brugernes behandling, og for de øvrige kommuner er det kun 5 pct.

KVALITETSSTANDARDS

Kommunerne har siden 1. juli 2007 været forpligtet til at have en kvalitetsstandard for stofmisbrugsbehandlingen, og fastsætte behandlingens

mål og indhold i kvalitetsstandarden.³⁷ 70 pct. af de kommuner, som har besvaret spørgeskemaet, har en færdig og godkendt kvalitetsstandard, 5 pct. anvender samarbejdspartners kvalitetsstandard, mens 26 pct. af kommunerne ingen kvalitetsstandard har.

Udarbejdelsen af kvalitetsstandarden er primært foretaget af ledere på stofmisbrugsområdet samt visitatorer og sagsbehandlere, mens brugerne i 54 pct. af kommunerne slet ikke har været inddraget.

Implementeringen af kvalitetsstandarden blandt medarbejderne er primært foregået ved medarbejderinddragelse i udarbejdelsen, introduktion til kvalitetsstandarden ved temamøder eller lignende og ved generel information og uddeling af kvalitetsstandarden. Derudover har 77 pct. af kommunerne, som har en kvalitetsstandard, gjort denne tilgængelig på hjemmesiden.

INDHOLD

Generelt lever kvalitetsstandarden på en række områder op til angivelserne i vejledningen, men der er også områder, hvor der er visse mangler, som det fremgår af det følgende.

Kommunens ydelser til borgere, som ønsker behandling for misbrug, målgruppen for denne behandling og de overordnede værdier i behandlingen, er mere eller mindre omfattende beskrevet i 98 pct. af kvalitetsstandarden.

Ifølge vejledningen skal kommunerne beskrive visitationsproceduren. 83 pct. har beskrevet, hvor borgeren skal henvende sig, og 72 pct. har beskrevet, hvem der visiterer, mens kun 17 pct. lever op til kravet om beskrivelse af procedurer ved afbrudt eller genoptaget behandling.

På samme måde beskrives rettigheder som frit valg og behandlingsgarantien i henholdsvis 92 og 96 pct. af kvalitetsstandarden, mens muligheden for at få hjælp fra kommunen i forbindelse med dette valg kun beskrives i 36 pct. af kvalitetsstandarden. Regler for betaling ved døgnophold og efterbehandling fremgår af 85 pct. af kvalitetsstandarden, og brugerinddragelse nævnes i 91 pct. af kvalitetsstandarden, dog er dette for en stor dels vedkommende kun kort beskrevet.

37. Jævnfør Bekendtgørelse nr. 622 af 15. juni 2006: Bekendtgørelse om kvalitetsstandard for social behandling for stofmisbrug efter § 101 i lov om social service

Kommunerne skal ifølge vejledningen beskrive målsætninger for udarbejdelse, koordinering og opfølgning på handleplaner i kvalitetsstandarden. Dette er kun tilfældet for 60-64 pct. af kvalitetsstandarden.

På samme måde skal kommunerne informere om brugernes klagerettigheder, og 98 pct. af kvalitetsstandarden beskriver, at brugerne har ret til at klage. Det er derimod kun 56 pct., der beskriver, at brugeren har ret til at klage over manglende overholdelse af behandlingsgarantien, og endnu færre, der beskriver ret til at klage over manglende frit valg, brugerinddragelse eller den visiterede behandlingsintensitet.

81 pct. af kvalitetsstandarden beskriver personalets kompetencer, og 91 pct. beskriver monitorering af indsatsen. Derimod beskriver kun 72 pct., hvordan kommunen er opmærksom på børn af misbrugere i behandling, og kun 55-58 pct. beskriver, hvilke døgnbehandlingstilbud kommunen samarbejder med, og hvilke krav kommunen har til disse. Desuden opstiller kun 23-33 pct. minimumskriterier for intensiteten af forskellige behandlingstilbud. Dette er ikke eksplicit beskrevet i vejledningen, men kunne være relevant information, hvis fx en borger skal sammenligne behandlingstilbud.

Mange af kvalitetsstandarden beskriver således overordnet de fleste af de punkter, som er nævnt i vejledningen. Samtidig mangler der i kvalitetsstandarden i mange tilfælde information til borgerne, som ikke eksplicit fremgår af vejledningen. Dette er information om, hvor behandlingen foregår, hvilken intensitet de forskellige typer behandling har som minimum, og hvad borgerne kan klage over.

KVALITETSSTANDARDENS FUNKTION

De kommunale myndighedspersoner og behandlingslederne er i spørgeskemaundersøgelserne blevet spurgt, hvilke funktioner de mener, at kvalitetsstandarden har i kommunen/på behandlingsstedet i dag. Derudover er visitatorerne blevet spurgt, i hvor høj grad de anvender kvalitetsstandarden i deres arbejde.

TABEL 16.3

Kommunerne fordelt efter, i hvor høj grad kvalitetsstandarden bruges til en række opgaver i kommunen. Procent.

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke	I alt pct.
Information til brugere	16	32	25	20	7	100
Information til pårørende	13	26	33	20	7	100
Politisk styringsredskab	33	28	17	10	12	100
Værdigrundlaget for området	38	35	13	6	9	100
Vejledning til behandlere om det daglige arbejde	26	26	19	19	10	100
Vejledning til behandlere om koordinering af behandling og øvrige indsatser	20	28	19	22	12	100
Vejledning til behandlere i forhold til valg af profession- nelle tilgange/metoder	16	23	23	25	13	100

Anm.: n = 69. Kun myndighedspersoner, som har svaret, at kommunen har en kvalitetsstandard, er blevet stillet dette spørgsmål.

Kilde: Surveyen til kommunerne.

TABEL 16.4

Behandlingslederne fordelt efter deres vurdering af, i hvor høj grad kvalitetsstandarden bruges til en række opgaver i kommunen. Procent.

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke	I alt pct.
Information til brugere	11	38	31	17	3	100
Information til pårørende	8	38	31	19	5	100
Politisk styringsredskab	23	31	16	11	19	100
Værdigrundlaget for området	23	44	23	5	5	100
Vejledning til behandlere om det daglige arbejde	19	36	28	11	6	100
Vejledning til behandlere om koordinering af behandling og øvrige indsatser	16	42	17	20	5	100
Vejledning til behandlere i forhold til valg af profession- nelle tilgange/ metoder	14	27	28	25	6	100

Anm.: n = 64.

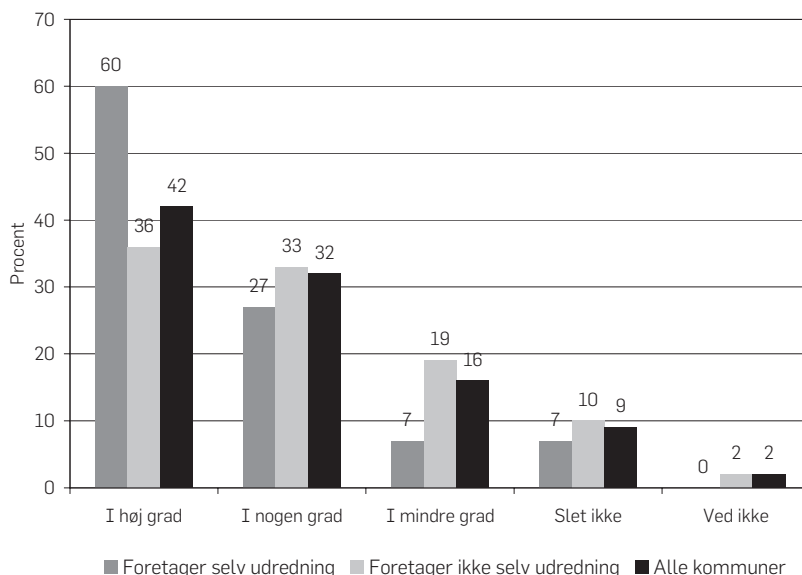
Kilde: Behandlingssteds-surveyen.

Tabel 16.4 viser, at der generelt er færre behandlingsledere, som i høj grad mener, at kvalitetsstandarden bruges til opgaverne beskrevet i tabellen. Samtidig er der dog også lidt færre behandlingsledere, som mener, at kvalitetsstandarden slet ikke bruges til opgaverne. Flest behandlingsledere mener som myndighedspersonerne, at kvalitetsstandarden bruges som værdigrundlag for området. Der er dog lidt flere behandlingsledere end myndighedspersoner, som mener, at kvalitetsstandarden i høj grad eller i nogen grad bruges som vejledning til behandlere om koordinering af behandling og øvrige indsatser (58 mod 48 pct.) og som vejledning til behandlere om det daglige arbejde (55 mod 52 pct.).

Blandt visitatorerne fra kommuner, som har en kvalitetsstandard, bruger 42 pct. i høj grad kvalitetsstandarden i deres daglige arbejde, og 32 pct. bruger den i nogen grad. En del af disse visitatorer foretager dog ikke selv udredningen af brugernes behov og vil derfor ikke i samme grad have behov for at anvende kvalitetsstandarden. Blandt visitatorer, som selv laver udredningerne, er det 60 pct., som i høj grad anvender kvalitetsstandarden i deres daglige arbejde, og kun 10 pct., som slet ikke anvender den.

FIGUR 16.2

Visitatorer i kommuner, som har en kvalitetsstandard, fordelt efter deres anvendelse af kvalitetsstandarden i det daglige arbejde i kommunerne. Procent.



Anm.: n = 15 for visitatorer, som selv udreder, og 42 for visitatorer, som ikke selv udreder, dvs. 57 kommuner i alt.

Kilde: Visitator-surveyen.

UDVIKLING AF DEN SOCIALE BEHANDLING

Vi har i surveyen til behandlingsstederne spurgt til behandlingsledernes oplevelse af, hvilke barrierer de oplever i forhold til at levere stofmisbrugsbehandling af god kvalitet.³⁸ På de ambulante behandlingssteder nævner flest tidskrævende dokumentationskrav som en barriere for at levere behandling af god kvalitet.

38. I spørgeskemaet til døgnbehandlingsstederne er der ved en fejl benyttet andre svarkategorier til dette spørgsmål end til de ambulante behandlingssteder, idet der er benyttet kategorien i meget høj grad ud over kategorierne i høj grad, i nogen grad, i mindre grad og slet ikke.

TABEL 16.5

De ambulante behandlingssteder, fordelt efter deres oplevelse af barrierer i forhold til at levere stofmisbrugsbehandling af god kvalitet. Procent.

Barrierer i forhold til at levere stofmisbrugsbehandling af god kvalitet.	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke	I alt procent.
Manglende tid til brugerkontakt	8	45	33	13	0	100
Manglende økonomiske ressourcer	9	37	37	16	0	100
Usikkerhed om fremtidige budgetter	11	20	48	21	0	100
Tidskrævende dokumentationskrav	35	37	24	4	0	100
Utilstrækkelig uddannelse af personale	4	9	32	55	0	100
Vanskeligheder ved at finde og fastholde kvalificeret personale	3	19	29	49	0	100
Manglende koordination af forskellige indsatser over for brugere	12	35	33	19	1	100
Manglende evaluering af faglig kvalitet	4	23	45	25	3	100
Udeblivelser (at brugere ikke møder op til deres aftaler)	8	45	35	12	0	100
Manglende/dårligt samarbejde med psykiatrien	16	35	32	13	4	100
Manglende/dårligt samarbejde med Kriminalforsorgen	1	13	36	47	3	100
Manglende/dårligt samarbejde med (andre) kommunale myndigheder	5	35	44	16	0	100
Manglende evens/viden om, hvad der virker	4	20	40	35	1	100

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 75 behandlingsledere.

Kilde: Behandlingssteds-surveyen.

En del nævner en række øvrige barrierer, der i høj grad eller i nogen grad er et problem. Her nævnes særligt manglende tid til brugerkontakt, manglende økonomiske ressourcer, manglende koordination af indsatser, manglende/dårligt samarbejde med psykiatrien, manglende/dårligt sam-

arbejde med (andre) kommunale myndigheder, samt brugernes udeblivelser til behandlingssamtaler som barrierer for at kunne levere stofmisbrugsbehandling af en god kvalitet.

TABEL 16.6

Døgnbehandlingsstederne fordelt efter deres oplevelse af barrierer i forhold til at levere stofmisbrugsbehandling af god kvalitet. Procent.

Barrierer i forhold til at levere stofmisbrugsbehandling af god kvalitet.	Meget høj grad	Høj grad	Nogen grad	Min-dre grad	Slet ikke	Ved ikke	I alt Pro-cent
Manglende tid til brugerkontakt	6	3	33	21	33	3	100
Manglende økonomiske ressourcer	9	12	39	15	21	3	100
Usikkerhed om frem-tidige budgetter	18	12	21	24	21	3	100
Tidskrævende dokumentationskrav	6	15	39	27	9	3	100
Utilstrækkelig uddan-nelse af personale	0	3	15	36	39	6	100
Vanskeligheder ved at finde og fastholde kvalificeret personale	0	6	15	42	33	3	100
Manglende koordina-tion af forskellige indsatser over for brugere	12	12	30	27	12	6	100
Manglende evaluering af faglig kvalitet	3	12	21	27	30	6	100
Udeblivelser (at brugerne ikke møder op til deres aftaler)	0	9	9	33	42	6	100
Manglende/dårligt samarbejde med psykiatrien	12	6	18	24	33	6	100
Manglende/dårligt samarbejde med Kriminalforsorgen	0	3	9	24	58	6	100
Manglende/dårligt samarbejde med (andre) kommunale myndigheder	3	12	36	21	18	9	100
Manglende evidens/viden om, hvad der virker	0	3	15	33	36	12	100

Anm.: n = 33.

Kilde: Behandlingssteds-surveyen.

TABEL 16.7

De kommunale myndighedspersoner fordelt efter, i hvor høj grad de oplever en række barrierer i forhold til at levere stofmisbrugsbehandling af god kvalitet. Procent.

Barrierer	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke	I alt procent
Manglende tid til bruger-kontakt	11	43	30	5	11	100
Manglende økonomiske ressourcer	11	37	35	8	8	100
Usikkerhed om fremtidige budgetter	11	27	34	19	10	100
Tidskrævende dokumentationskrav	30	31	23	5	11	100
Utilstrækkelig uddannelse af personale	6	28	47	11	8	100
Vanskeligheder ved at finde og fastholde kvalificeret personale	11	24	31	21	13	100
Manglende koordination af forskellige indsatser overfor brugerne	22	42	23	5	8	100
Manglende evaluering af faglig kvalitet	15	29	40	6	11	100
Udeblivelser (at brugeren ikke møder op til deres aftaler)	13	41	27	5	15	100
Manglende/dårligt samarbejde med psykiatrien	17	37	28	6	12	100
Manglende/dårligt samarbejde med Kriminalforsorgen	5	10	43	28	15	100
Manglende/dårligt samarbejde med (andre) kommunale myndigheder	0	35	36	17	12	100
Manglende/dårligt samarbejde med øvrige myndigheder	1	23	45	15	17	100
Manglende evidens/viden om, hvad der virker	15	29	30	13	13	100

Anm.: n = 83.

Kilde: Surveyen til kommunerne.

Også på døgnbehandlingscentrene oplever en del af behandlingslederne forskellige barrierer for at levere stofmisbrugsbehandling af en god kvalitet. Her er det usikkerhed om fremtidige budgetter, manglende koordina-

tion af indsatser for brugerne og manglende/dårligt samarbejde med psykiatrien, der nævnes af flest behandlingsledere. Lidt færre end på de ambulante behandlingssteder nævner dokumentationskravene som en barriere, hvilket kan handle om, at der er færre brugere at indberette data om pr. behandler på døgnsbehandlingsstederne.

Også de kommunale myndighedspersoner er blevet spurgt om, hvilke barrierer de oplever i forhold til at kunne levere social stofmisbrugsbehandling af en god kvalitet. Også myndighedspersonerne peger særligt på de tidskrævende dokumentationskrav som en væsentlig barriere. Der er dog en række forhold, der ligeledes i høj grad eller i nogen grad opleves som en barriere af en betydelig del af de kommunale myndighedspersoner. Det drejer sig om manglende tid til brugerkontakt, manglende økonomiske ressourcer, usikkerhed om budgetter, vanskeligheder ved at finde og fastholde kvalificeret personale, manglende koordination af forskellige indsatser, manglende/dårligt samarbejde med psykiatrien, brugernes udeblivelser, manglende evaluering af faglig kvalitet og manglende viden om, hvilke indsatser der virker.

Behandlingslederne og de kommunale myndighedspersoner er også blevet spurgt om, hvad de særligt ville prioritere, hvis der var ekstra ressourcer til rådighed.

TABEL 16.8

Behandlingslederne fordelt efter deres prioriteringer ved ekstra ressourcer. Antal og procent.

	Antal	Procent
Øge behandlingsintensiteten (dvs. mere kontakt mellem bruger og behandlere)	70	65
Give behandlere mere uddannelse	46	43
Evaluerer behandlingen mere	45	42
Forbedre samarbejdet med andre instanser	36	33
Inddrage pårørende mere	28	26
Forbedre fysiske faciliteter	28	26
Give flere brugere tilbud om psykologsamtaler	16	15
Andre områder	21	19

Anm.: n = 108. Behandlingslederne har haft mulighed for at prioritere op til tre punkter, hvorfor antal ikke summer til 108, og procenterne ikke summer til 100.

Kilde: Behandlingssteds-surveyen.

Her er det markant, at 65 pct. af behandlingslederne og 50 pct. af de kommunale myndighedspersoner peger på at øge behandlingsintensi-

ten. Andre væsentlige områder er at give behandlerne mere uddannelse, evaluere behandlingen mere, forbedre samarbejdet med andre instanser og inddrage de pårørende mere. Kun ca. 15 pct. blandt både behandlingsledere og kommunale myndighedspersoner peger på at give flere brugere tilbud om psykologsamtaler, hvilket ellers er et udbredt ønske blandt brugerne.

TABEL 16.9

De kommunale myndighedspersoner, fordelt efter deres prioriteringer ved ekstra ressourcer. Antal og procent.

	Antal	Procent
Øge behandlingsintensiteten (dvs. mere kontakt mellem bruger og behandler)	50	60
Forbedre samarbejdet med andre instanser	42	50
Give behandlerne mere uddannelse	32	38
Inddrage pårørende mere	31	37
Evaluere behandlingen mere	30	36
Give flere brugere tilbud om psykologsamtaler	14	17
Forbedre fysiske faciliteter	9	11
Andet	24	29

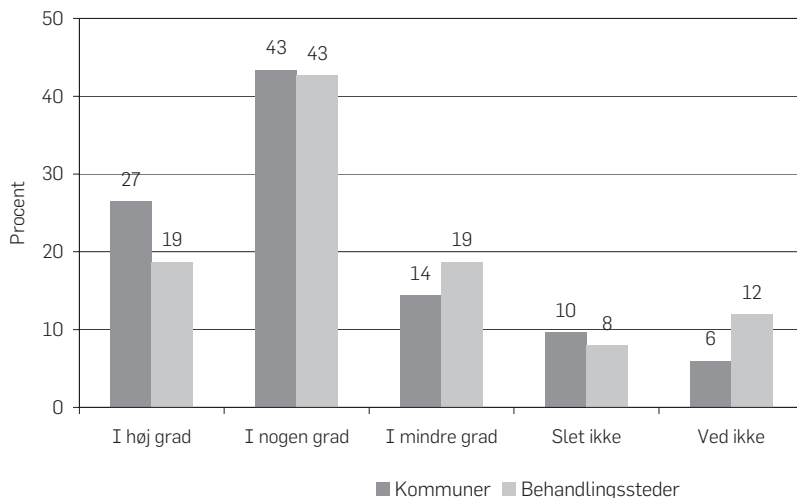
Anm.: n = 85. Respondenterne har maksimalt valgt tre indsatsområder.

Kilde: Surveyen til kommunerne.

Bruger-surveyen viste, at en betydelig del af brugergruppen modtager ad hoc-samtaler, og vi finder i denne gruppe særligt mange opiat-misbrugere i substitutionsbehandling, som ikke oplever at få den hjælp, de har brug for på en række områder. Her har vi særligt spurgt behandlingslederne og de kommunale myndighedspersoner om, hvorvidt de mener, at der er brug for et kvalitetsløft af den sociale behandlingsindsats for brugere i længerevarende substitutionsbehandling. Her svarer 70 pct. af de kommunale myndighedspersoner og 62 pct. af behandlingslederne, at det i høj grad eller i nogen grad er tilfældet.

FIGUR 16.3

Behandlingssteder og kommuner fordelt efter, i hvor høj grad de mener, at der er brug for et kvalitetsløft af den sociale behandlingsindsats for brugere i længerevarende substitutionsbehandling i kommunen. Procent.



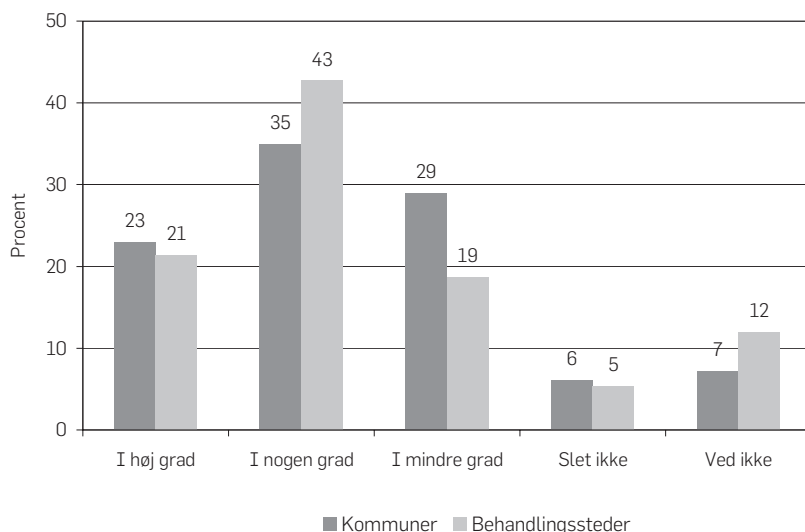
Kilde: Behandlingssteds-surveyen og surveyen til kommunerne.

Bruger-surveyen peger også på, at en betydelig del af de brugere, der tidligere har været indskrevet i behandling, har oplevet at mangle tilbud ved udslusningen. 58 pct. af de kommunale myndighedspersoner og 64 pct. af behandlingslederne peger på, at der i høj grad eller i nogen grad mangler støttetilbud til brugere, der har afsluttet deres behandling i kommunen.

29 pct. af myndighedspersonerne har desuden svaret, at de vil bruge ressourcerne på noget andet end det nævnte. Blandt disse andre ting nævnes støttetilbud til brugeren i form af hjælp til bolig, beskæftigelse eller støtte- og kontaktpersoner, bedre psykiatrisk udredning og behandling samt for-, dag- og efterbehandlingstilbud.

FIGUR 16.4

Behandlingssteder og kommuner fordelt efter, i hvor høj grad de mener, at der mangler støttetilbud til brugere, som har afsluttet deres behandling i kommunen. Procent.



Kilde: Behandlingssteds-surveyen og surveyen til kommunerne.

Desuden har vi spurgt, om kommunerne har iværksat nye behandlings-tilbud i 2008 og planlægger at iværksætte yderligere tilbud i 2009. 59 pct. af de kommuner, som selv udfører stofmisbrugsbehandling, og 24 pct. af de kommuner, som ikke selv udfører stofmisbrugsbehandling, har iværksat nye tilbud i 2008 (ikke afbildet). Otte kommuner rapporterer at have iværksat dagbehandlingstilbud i 2008, og derudover har fem iværksat efterbehandlingstilbud i form af gruppeterapi, individuel terapi eller botilbud. Et par kommuner har fokuseret på øget motivationsbehandling. Derudover har fokus særligt været rettet mod den helhedsorienterede indsats. Fem kommuner har således iværksat en særlig beskæftigelsesindsats for stofmisbrugere, tre har satset på bedre psykiatrisk/psykologisk udredning af brugerne, mens et par har fokuseret på bedre sundhedstilbud i form af forebyggelse af hepatitis og sundhedsklinik til udsatte grupper. Der er desuden blevet satset på forbedret indsats for unge og forebyggelse af stofmisbrug.

Myndighedspersonerne er også blevet spurgt, om de planlægger at iværksætte nye tilbud i 2009, hvilket 61 pct. af kommunerne, som selv udfører behandling, gør, mens dette er tilfældet for 20 pct. af kommunerne, som ikke selv udfører stofmisbrugsbehandling. 33 kommuner har beskrevet, hvad disse nye tilbud er. Syv kommuner vælger at hjemtage hele eller dele af stofmisbrugsbehandlingen i 2009. De dele, som bliver hjemtaget, omfatter bl.a. tilbud til børn og unge, substitutionsbehandling og ambulant behandling. Fem kommuner vil iværksætte tilbud om lægeordineret heroin. Ni kommuner vil iværksætte nye tiltag for unge brugere, og et par kommuner vil derudover forbedre forebyggelsesindsatsen på området. Derudover er der et par kommuner, som vil iværksætte tilbud om pårørendeinddragelse, efterbehandling samt gruppebehandling i ambulant regi.

OPSUMMERING

Monitoreringen af behandlingen foregår primært ved generel ledelsesmæssig supervision og ved brug af kommunale journalsystemer, som i nogle tilfælde bruges til systematisk opfølgning på kvaliteten af behandlingen og sagsbehandlingen. Derudover gennemfører enkelte kommuner systematisk opfølgning i form af brugerundersøgelser, fælleskommunale evalueringssystemer for behandlingen og ekstern supervision.

Der rettes i interviewmaterialet en omfattende kritik mod omfanget af parallel indberetning til nationale og kommunale registre og systemer, hvor mange behandlingsledere, kommunale myndighedspersoner og visitatorer vurderer, at der i væsentligt omfang går tid fra brugerkontakten på grund af indberetningen.

56 pct. af de kommuner, som selv udfører stofmisbrugsbehandling, og 27 pct. af de kommuner, som ikke selv udfører stofmisbrugsbehandling, har skriftlige succeskriterier for stofmisbrugsbehandlingen. Flest kommuner har succeskriterier for personalet og forbedring af brugernes sociale og psykiske funktionsniveau, mens kun ca. en tredjedel af kommunerne med succeskriterier har formuleret kriterier for udviklingen i brugerens stofmisbrug. Kun halvdelen af kommunerne med skriftlige succeskriterier evaluerer disse regelmæssigt skriftligt. Tre fjerdedele af kommunerne, som selv udfører stofmisbrugsbehandling, og en fjerdedel af kommunerne, som ikke gør dette, har minimumskriterier for intensite-

ten af den sociale behandling af substitutionsbrugere. Det er dog kun 22 pct. af alle kommuner, som løbende måler intensiteten af brugernes behandling, og der er således ikke et stort fokus på dette i kvalitetssikringen.

74 pct. af kommunerne har udarbejdet en kvalitetsstandard for stofmisbrugsbehandlingen, mens 26 pct. af kommunerne ikke har udarbejdet en sådan kvalitetsstandard. For 77 pct. af de kommuner, som har udarbejdet en kvalitetsstandard, er den tilgængelig på kommunens hjemmeside. Opbygningen og indholdet af kvalitetsstandarden stemmer generelt godt overens med anvisningerne i vejledningen.

Kvalitetsstandarderne er primært blevet udarbejdet af ledere og visitatorer på stofmisbrugsområdet, mens brugerne i over halvdelen af kommunerne ikke har været inddraget. Dette skal ses i sammenhæng med den funktion, kvalitetsstandarden har i de fleste kommuner, hvor den primært fungerer som værdigrundlag for området og politisk styringsredskab, mens den kun i meget begrænset omfang bruges til information af brugere og pårørende.

På behandlingsstederne nævnes en række barrierer for at levere behandling af en god kvalitet til brugerne. Her nævnes særligt omfattende dokumentationskrav, manglende tid til brugerkontakt, manglende økonomiske ressourcer, manglende koordination af indsatser og manglende/dårligt samarbejde med psykiatrien som de væsentligste barrierer for at kunne levere stofmisbrugsbehandling af en god kvalitet.

Hovedparten af behandlingslederne og de kommunale myndighedspersoner peger på at øge behandlingsintensiteten som det væsentligste fokusområde i forhold til at forbedre kvaliteten af den sociale behandling. Andre væsentlige områder er at give behandlerne mere uddannelse, evaluere behandlingen mere, forbedre samarbejdet med andre instanser og inddrage de pårørende mere. Kun ca. 15 pct. blandt både behandlingsledere og kommunale myndighedspersoner peger på at give flere brugere tilbud om psykologsamtaler, hvilket ellers er et udbredt ønske blandt brugerne.

Hovedparten af behandlingslederne og de kommunale myndighedspersoner påpeger endvidere, at der i høj grad eller i nogen grad er behov for et kvalitetsløft i den sociale behandling for stofmisbrugere i substitutionsbehandling, og ligeledes svarer hovedparten af behandlingslederne og de kommunale myndighedspersoner, at der mangler støttetilbud til borgere, der har afsluttet den sociale stofmisbrugsbehandling.

SAMMENFATNING OG DISKUSSION

I den danske stofmisbrugsbehandling er skadesreduktion gennem de senere årtier blevet et centralt princip i behandlingen. Det overordnede formål med stofmisbrugsbehandlingen er at gøre brugeren stoffri, men for mange brugere anses stoffrihed ikke for at være en realistisk målsætning. For gruppen af opiat-misbrugere udgør muligheden for substitutionsbehandling (typisk med metadon) et alternativ til stoffrihed.

I stofmisbrugsbehandlingen går en skillelinje mellem metodiske tilgange, der særligt fokuserer på årsagerne til misbruget, og tilgange, der særligt fokuserer på misbrugets konsekvenser. Skadesreduktionstilgangen er et eksempel på sidstnævnte tilgang. Her drejer det sig om at mindske de negative sociale og helbredsmæssige konsekvenser af stofmisbrug frem for at 'kurere' misbruget gennem en påvirkning af misbrugets årsager.

I denne undersøgelse har vi belyst omfanget og indholdet af den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark. Et centralt formål med undersøgelsen har dels været at afklare, hvordan afvejningen af behandlingsmålsætninger om stoffrihed og skadesreduktion forvaltes i praksis, dels været at afdække den metodiske praksis inden for stofmisbrugsbehandlingen. Et andet centralt formål med undersøgelsen har været at undersøge omfanget af brugerinddragelse. Vi har således lagt vægt på at belyse brugernes ønsker til behandlingen, behandlingssystemets lydhørhed over for disse ønsker og brugernes vurdering af, hvorvidt den tilbudte behandling giver dem den hjælp, som de oplever at have brug for.

Behandlingssystemet, indsatsen over for brugere i behandling og brugernes eget syn på deres behandling har vi belyst gennem spørgeskemaer og kvalitative interview med brugere, pårørende, behandlingsledere, kommunale myndighedspersoner, visitatorer samt interview med repræsentanter for frivillige organisationer, og ved en gennemgang af brugerjournaler.

BEHANDLINGSYDELSER

Undersøgelsen har afdækket omfanget og indholdet af de sociale behandlingsydelser, som brugerne modtager. Bruger-surveyen viser, at 10 pct. af brugerne modtager døgnbehandling, 7 pct. modtager dagbehandling, 40 pct. modtager ambulant behandling, og 44 pct. modtager ad hoc-samtaler (samtaler med en hyppighed sjældnere end hver 14. dag). En del af brugerne i sidstnævnte gruppe modtager samtaler væsentligt sjældnere.³⁹

Da en betydelig del af opiat-misbrugerne i langvarig substitutionsbehandling hyppigt afhenter substitutionsmedicin på behandlingsstederne, er der en risiko for, at denne gruppe kan være overrepræsenteret i bruger-surveyen, der primært er gennemført via interview på behandlingsstederne. Og da netop denne gruppe forholdsvis oftere modtager ad hoc-samtaler, er der mulighed for, at denne behandlingsintensitet er overestimeret. Resultaterne fra den repræsentativt udvalgte stikprøve blandt brugere, der var indskrevet i behandlingssystemet i 2006, peger imidlertid også på, at en relativt stor andel af brugerne (ca. 30-40 pct.) har modtaget ad hoc-samtaler. Desuden bekræfter undersøgelsens journaldel (en gennemgang af brugerjournaler på udvalgte behandlingsinstitutioner) det overordnede billede: At en forholdsvis stor del af brugerne modtager ydelser af ad hoc-karakter. På den baggrund anslår vi, at 35-45 pct. af brugerne i den sociale stofmisbrugsbehandling modtager behandlingsydelser med lav intensitet i form af ad hoc-samtaler. Her viser den internationale effektforskning på området, at en hyppighed af den sociale

39. I forhold til døgnbehandlingen har antallet af brugere i brugersurveyen været oversamlet for at give et tilstrækkeligt statistisk grundlag for svarfordelingerne i denne gruppe. Fordelingerne på behandlingsintensiteten tegner således først og fremmest et billede af fordelingen mellem brugere, der modtager dagbehandling, ambulant behandling og ad hoc-samtaler.

behandling på ca. én gang om ugen giver en bedre effekt i forhold til brugernes stofbelastning end en sjældnere behandlingsfrekvens.

Fordelt på misbrugernes hovedmisbrugsstof viser det sig, at andelen, der modtager ad hoc-samtaler, er højest blandt opiat-misbrugere i substitutionsbehandling, mens det er en forholdsvis begrænset del af misbrugerne af hash og centralstimulerende stoffer, der modtager ad hoc-samtaler.

Ser vi på en række sociale behandlingsydelser, er det 25 pct. af brugerne, der modtager psykologsamtaler. 77 pct. angiver, at de modtager samtaler med andet personale, og 20 pct. modtager gruppebehandling. Særligt hvad angår psykologsamtaler, er andelen, der modtager disse, højere blandt de yngre brugere og brugere af hash og centralstimulerende stoffer, mens færre blandt opiat-misbrugerne modtager psykologsamtaler. Det er navnlig brugerne i dag- og døgnbehandling, der modtager gruppebehandling, og det er især de yngre brugere og brugere af hash og centralstimulerende stoffer, der modtager gruppebehandling. 34 pct. af brugerne deltager i fritidsaktiviteter i behandlingsstedernes regi, hvilket ikke ud fra den begrebslige afgrænsning er defineret som social behandling, men som alligevel udgør en del af de øvrige aktiviteter, der tilbydes på misbrugscentrene.

Undersøgelsen viser, at gruppen, der modtager ad hoc-samtaler, afviger fra de øvrige brugere i forhold til en række af de aspekter, der belyses i undersøgelsen. Der er generelt en markant lavere andel i ad hoc-gruppen, der modtager psykologsamtaler, gruppebehandling og samtaler med øvrige behandlere, ligesom en lavere andel deltager i fritidsaktiviteter. Gruppen, der modtager ad hoc-samtaler, har også generelt kortere samtaler og har i højere grad oplevet skiftende kontaktpersoner og behandlere. Samtidig oplever en betydelig del af denne gruppe ikke at få den hjælp, de har brug for til at håndtere en række psykiske, fysiske og sociale problemer.

Undersøgelsen har endvidere afdækket en række institutionelle karakteristika ved behandlingssystemet. Et resultat er her, at differentieringen i brugergruppen i forhold til omfanget og indholdet af behandlingsydelserne også hænger sammen med centrale karakteristika ved behandlingsinstitutionerne. Navnlig peger undersøgelsens resultater på, at andelen af brugere, der modtager ad hoc-samtaler, hænger sammen med bruger-behandler-ratioen, dvs. antallet af brugere pr. behandler. Der er

generelt en betydelig variation i bruger-behandler-ratioen, også når der særskilt ses på de ambulante behandlingssteder.

Vi har også belyst forholdet mellem den faktiske behandling og brugernes ønske til behandlingen. Hvad angår døgnbehandling, er der 16 pct. af de brugere, som ikke allerede er i døgnbehandling, som udtrykker ønske om at komme i døgnbehandling. Resultaterne fra surveyen blandt de brugere, der var indskrevet i behandlingssystemet i 2006, peger på, at det er blandt brugere, som har været i døgnbehandling, at vi generelt finder den højeste andel stoffri brugere. Det indikerer en positiv effekt af døgnbehandlingen, men der skal dog tages højde for, at der ikke er tale om et randomiseret effektstudie, og at der således kan være uobserverede selektionseffekter, der påvirker resultaterne.

Hovedparten af brugernes behandlingsønsker retter sig dog mod det ambulante behandlingssystem. Ikke mindst er der her et ønske om flere behandlingssamtaler. Navnlig en del af de brugere, der modtager en lav behandlingsintensitet, ønsker flere behandlingssamtaler. Særligt ønsker en del af brugerne flere psykologsamtaler. Det skal her bemærkes, at også brugerne i dag- og døgnbehandling udtrykker ønske om flere behandlingssamtaler, herunder flere psykologsamtaler.

SUBSTITUTIONSBEHANDLING OG LAV BEHANDLINGSINTENSITET

Hvilke ydelser brugeren modtager, og omfanget af disse ydelser, afhænger i høj grad af brugerens misbrugsstof og alder. Denne differentiering må ses i forhold til den centrale teoretiske skillelinje mellem stoffrihed og skadesreduktion.

Set i en international sammenhæng ligger Danmark på linje med en række andre europæiske lande, når det gælder brugen af substitutionsbehandling baseret på skadesreduktionsprincippet som den dominerende behandlingsform til opiat-misbrugere. I sammenligning med de nordiske lande er brugen af substitutionsbehandling mere restriktiv i Sverige og til dels i Norge end i Danmark, idet stoffrihed er det dominerende paradigme i disse lande, navnlig i den svenske behandlingspolitik. Hvor en kerneproblematik i det danske behandlingssystem er at sikre, at misbrugere i substitutionsbehandling modtager en tilstrækkelig social behandling, synes den modsatte problematik at gøre sig gældende i en svensk

sammenhæng, hvor en mere restriktiv adgang til substitutionsmedicin har været problematiseret.

Undersøgelsens resultater peger således overordnet på, at skadesreduktionsprincippet i høj grad er implementeret i det danske behandlingssystem. Herved forstås, at der for de stofmisbrugere, der ønsker det, i meget vid udstrækning gives tilbud om substitutionsbehandling frem for en behandling, der sigter mod fuld stoffrihed, og at fokus i indsatserne på mange behandlingssteder ligger på konsekvenserne af stofmisbrug snarere end på selve misbruget og dets årsager. Kun få af de interviewede behandlingsinstitutioner og kommuner giver udtryk for, at stoffrihed (uden brug af substitutionsmedicin) er det foretrukne udgangspunkt for behandlingen set ud fra behandlingsinstitutionen eller kommunens side. Langt overvejende betones det fra både behandlingssteder og kommuner, at behandlingsmålsætningerne tilrettelægges individuelt i et samspil mellem brugernes ønsker og behandlernes vurdering af, hvilken behandlingsform brugerne vil kunne have bedst gavn af.

Imidlertid peger besvarelsene på en række spørgsmål om holdningen til stoffrihed eller skadesreduktion på, at der er en tendens til en polarisering i behandlingssystemet mellem dem, som mener, at stoffrihed er en realistisk målsætning for alle eller de fleste misbrugere, og dem, som hælder til en skadesreduktionstilgang, hvor stoffrihed mere eller mindre er opgivet. En nylig undersøgelse blandt behandlere på en række ambulante behandlingsinstitutioner i København peger her på, at skadesreduktionsparadigmet er dominerende blandt behandlerne, som gennemgående har en opfattelse af, at stoffrihed for langt hovedparten af opiat-misbrugerne ikke er en realistisk målsætning (Andersen & Järvinen, 2009). Omvendt er der i datamaterialet også eksempler på kommuner og behandlingssteder, der giver udtryk for, at de som udgangspunkt lægger vægt på, at der sigtes mod stoffrihed i behandlingsmålsætningerne.

Der er i bruger-surveyen kun identificeret et meget lille antal brugere, der ønsker substitutionsbehandling, og som ikke allerede modtager denne behandlingsform. Der kan derimod iagttages en forholdsvis stor brugergruppe, som udtrykker ønske om en behandlingsmålsætning om stoffrihed, men hvor stoffrihed ikke er en aktuel målsætning for brugeren. En betydelig del af brugerne i substitutionsbehandling giver samtidig udtryk for, at de ikke har fået et valg mellem at modtage stoffri behandling eller substitutionsbehandling. I denne gruppe er der relativt flere brugere, der ikke mener at have oplevet en lydhørhed i forhold til

deres behandlingsønsker, end i gruppen, der oplever at have fået et valg mellem stoffri behandling og substitutionsbehandling. Omvendt er der dog også i gruppen, der ikke oplever at have fået et valg mellem substitutionsbehandling eller stoffri behandling, et flertal, der alligevel oplever at være blevet mødt med en lydhørhed i forhold til deres behandlingsønsker, og ligeledes et flertal, der udtrykker tilfredshed med den behandling, de modtager.

Resultaterne peger generelt på, at der for en del brugeres vedkommende sker en afstemning mellem brugerens ønsker ved behandlingens start og behandlernes vurderinger af, hvad der er en realistisk behandlingsmålsætning, og at der for en del af brugernes vedkommende sker et skifte i retning af en målsætning om stabilisering ved brug af substitutionsmedicin frem for en behandling, der sigter mod fuld stoffrihed.

Den forholdsvis høje andel af brugerne, der modtager en lav behandlingsintensitet, er primært at finde blandt brugerne i substitutionsbehandling. Til trods for, at hovedparten af disse brugere udtrykker en generel tilfredshed med deres behandling, er det også karakteristisk, at en høj andel af disse brugere oplever at have en række psykiske, fysiske og sociale problemer, som de ikke oplever at få tilstrækkelig hjælp til.

Der er således en vis modsætning i brugernes besvarelser med en forholdsvis høj grad af tilkendegivelser af tilfredshed med behandlingen, men også en betydelig grad af behov for støtte og hjælp, som brugerne ikke oplever at få dækket. For opiat-misbrugernes del skal denne modsætning sandsynligvis fortolkes således, at mange brugere er glade for substitutionsbehandlingen, men at den ikke er nok, hvis den står alene – hvilket den ofte gør, ikke mindst for brugerne i ad hoc-gruppen. Her skal det påpeges, at en del af behovet for støtte og hjælp til en række psykiske, fysiske og sociale problemer også retter sig mod forhold og aktører uden for misbrugsbehandlingssystemet som den øvrige sociale indsats i kommunerne og mod både det psykiatriske og somatiske hospitalssystem.

Analysen giver grund til at rejse spørgsmålet, om implementeringen af skadesreduktionsprincippet i det danske behandlingssystem er blevet ledsaget af en tendens til polarisering i behandlingsintensiteten mellem en væsentlig del af brugerne i substitutionsbehandling med en lav intensitet af den sociale behandling og brugere af centralstimulerende stoffer og hash med en målsætning om stoffrihed, som oftest modtager en mere intensiv social behandling.

En del af en sådan differentiering er både tilsigtet og planlagt fra behandlingssystemets side, fx i form af, at brugerne i substitutionsbehandling gradvist overgår til en lavere behandlingsintensitet. Samtidig peger brugernes egen vurdering af behandlingen på, at en del brugere er tilfredse og ikke ønsker en hyppigere kontakt med behandlingssystemet, mens andre brugere mener, at behandlingsindsatsen er utilstrækkelig. Set i forhold til omfanget af brugernes psykiske, fysiske og sociale problemer kan der dog rettes fokus mod, at den lave behandlingsintensitet for en del af brugernes vedkommende hænger tydeligt sammen med en oplevelse af et udækket behov for hjælp fra en del af disse brugere.

BEHANDLINGSMETODER

Undersøgelsen har også rettet fokus på behandlingssamtalernes indhold og de metoder, der anvendes i behandlingen. Undersøgelsen afdækker en betydelig pluralisme i forhold til de metoder og terapeutiske orienteringer, der anvendes på behandlingsstederne. Der er dog en tendens til, at det er de adfærdsorienterede retninger, der er mest fremtrædende. Det er således de kognitive, løsningsfokuserede og socialpædagogiske metoder, der hyppigst nævnes af behandlingsstederne, efterfulgt af den systemiske tilgang. Forholdsvis få af behandlingsstederne er derimod orienteret mod en psyko-dynamisk tilgang. I de adfærdsorienterede tilgange lægges der generelt vægt på at arbejde med brugernes tanke- og adfærdsmønstre med henblik på at bryde de tanke- og adfærdsmønstre, der virker opretholdende for misbrugsadfærden, mens der i de ætiologisk orienterede retninger lægges vægt på at bearbejde dybereliggende årsager til misbruget. Her understøtter også internationale effektstudier, at der er positive effekter af kognitiv adfærdsterapi.

I bruger-surveyen er der en tendens til, at de brugere, der oplever, at behandlingen er rettet mod årsagerne til misbruget, i højere grad også oplever, at behandlingen fokuserer på tilbagefaldsforebyggelse. Særligt peger bruger-surveyen på, at en betydelig del af brugerne, herunder navnlig brugere, der modtager ad hoc-samtaler, og navnlig brugere, der modtager forholdsvis korte behandlingssamtaler, oplever, at behandlingen hverken er orienteret mod årsagerne til misbruget eller tilbagefaldsforebyggelse. Det synes således først og fremmest at være behandlingsintensiteten, der er afgørende for orienteringen i behandlingen. En

lav behandlingsintensitet hænger sammen med en skadesreduktionstilgang, hvor fokus (for opiat-misbrugernes vedkommende) ligger på medicinsk vedligeholdelse og et minimum af praktisk hjælp, men hvor behandlingsarbejdet ikke retter sig mod misbrugernes problematiske relation til stoffer. Set fra ad hoc-brugernes perspektiv, er det en tilgang, hvor tilbagefaldsforebyggelsen er ikke-eksisterende – en tilgang, som nogle brugere har det fint med, og andre finder mangelfuld.

Indholdet i behandlingssamtalerne er også afdækket gennem undersøgelsens journaldel, hvor der er foretaget registreringer af behandlingssamtalernes indhold, som det er journalført i brugerjournalerne. Her viser resultaterne, at der i behandlingssamtalerne generelt berøres en bred vifte af emner – fra behandlingens indhold og form til brugernes psykiske og sociale problemer, boligproblemer, forhold om forsørgelse mv. Der er dog en markant forskel på, hvilke emner der berøres i behandlingssamtalerne, alt efter om brugerne er opiat-misbrugere eller ej. Således er der generelt registreret en langt lavere forekomst af samtaler om disse forskellige emner i opiat-misbrugernes journaler. Eksempelvis er det for 73 pct. af ikke-opiat-misbrugerne registreret, at brugeren og behandleren har talt om brugerens psykiske problemer, mens det kun gælder for 30 pct. af opiat-misbrugerne.

Der kan således rettes opmærksomhed på, at samtalerne for en del af brugernes vedkommende foregår med en lav hyppighed, er forholdsvist korte, og som helhed omhandler en lang række aspekter af brugernes liv. Det kan problematiseres, om de forskellige terapeutiske metoder, som ifølge behandlingslederne gør sig gældende på de fleste behandlingssteder, rent faktisk kan udfoldes i det konkrete behandlingsarbejde for den del af brugergruppen, der kun har en sparsom kontakt med behandlingssystemet. Dette sammenholdt med, at en betydelig del af brugerne udtrykker ønsker om psykologbehandling, tyder på, at en del af brugerne ønsker et mere terapeutisk islæt i deres behandling.

HELHEDSORIENTERET INDSATS

Der er i undersøgelsen også gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt brugere, der var indskrevet i behandlingssystemet i 2006 (hvor en del stadig er indskrevet i behandlingssystemet). Denne del af undersøgelsen viser generelt vigtigheden af, at der også tages hånd om brugernes

øvrige psykiske og sociale problemer. Der er således en sammenhæng mellem den hjælp, brugerne har modtaget, og deres nuværende situation på en række områder. Brugere, der har haft brug for hjælp til arbejde, uddannelse og forsørgelse, og som oplever, at de har fået en sådan hjælp, lider således generelt færre økonomiske afsavn på en række parametre end brugere, der ikke oplever at have fået en sådan hjælp, som de havde behov for. Ligeledes føler brugere, hvis behandling har fokuseret på problemer med deres sociale netværk, sig i mindre grad ensomme end brugere, hvis behandling ikke har fokuseret på deres sociale netværk. En undtagelse gælder dog i forhold til brugere med fysiske helbredsproblemer. Her er der ikke nævneværdig forskel på brugernes oplevelse af deres helbredssituation i forhold til, om de har fået den hjælp, de oplever, at de har haft brug for. Det er et tegn på, at mange misbrugere generelt udvikler alvorlige helbredsmæssige problemer, herunder kroniske sygdomme og/eller plejebenhov efter et langvarigt misbrug.

Bruger-surveyen (blandt de nuværende brugere) viser imidlertid, at der er en betydelig gruppe af brugere, der ikke oplever at få den hjælp, som de har brug for. Det gælder navnlig psykiske og helbredsmæssige problemer, og det gælder problemer i forhold til børn, bolig og kriminalitet. Et væsentligt resultat er her, at antallet af brugere, der ikke oplever at få den hjælp, de har brug for, systematisk er højere i gruppen, der modtager en lav behandlingsintensitet.

BRUGERNES PSYKISKE PROBLEMER

Navnlig spørgsmålet om brugernes psykiske problemer udgør en væsentlig udfordring i misbrugsbehandlingen. At behandlingen af brugernes psykiske problemer spiller en central rolle, ses i surveyen til de tidligere brugere. De brugere, som har haft psykiske problemer, men som har oplevet at få hjælp til deres psykiske problemer, er i højere grad stoffri end de brugere, der ikke oplever at have fået den nødvendige hjælp til deres psykiske problemer. Surveyen peger generelt på, at en betydelig del af brugerne lider af alvorlige psykiske problemer som depression, psykoser, angst og hallucinationer.

I psykiatriaftalen fra 2003 blev der truffet aftale om, at behandlingen af misbrugere med psykisk sygdom bør foregå i det psykiatriske system. Ser vi på den gruppe af brugere på stofbehandlingstederne, som får psykologisk eller psykiatrisk behandling for deres psykiske problemer, viser det sig imidlertid, at denne behandling for hovedpartens vedkom-

mende finder sted i regi af misbrugsbehandlingen, mens den kun i mindre omfang gives i det psykiatriske behandlingssystem.

Det forhold, at kun en begrænset del af brugergruppen gennemgår en psykologisk/psykiatrisk udredning, betyder formentlig, at det i en del tilfælde ikke afdækkes, om brugerne har en behandlingskrævende psykisk sygdom, der således principielt hører under det psykiatriske behandlingssystem, og om brugerne i øvrigt har psykiske problemer, der kræver en behandlingsindsats, som kan varetages i misbrugsbehandlingen.

Undersøgelsen peger på, at der fortsat er alvorlige vanskeligheder i forhold til at håndtere de psykisk syge misbrugeres behandlingssituation. Samarbejdet med psykiatrien er generelt det område, hvor flest myndighedspersoner og behandlingsledere påpeger, at der opleves vanskeligheder i samarbejdet. Der findes visse specialiserede tilbud til gruppen, men der er ofte lange ventelister til at modtage behandling både på de specialiserede tilbud og i det psykiatriske system generelt. Samtidig viser bruger-surveyen, at en del af brugerne med psykiske problemer har oplevet at få afslag på psykiatrisk behandling med henvisning til, at de er misbrugere. Der peges dog også på, at der er sket forbedringer, herunder at der med SKP-ordningen i højere grad er case-managere på de sværeste sager.

Flere behandlingsledere kritiserer, at der ikke er ansat psykiatere eller psykologer på en del misbrugscentre. Andre behandlingsledere, på behandlingssteder, hvor der er ansat psykiatere eller psykologer, giver udtryk for, at det her er lettere at henvise brugeren til psykologisk behandling efter behov.

Langt hovedparten af behandlerne på behandlingsstederne udgøres af socialpædagoger, socialrådgivere eller sygeplejersker. Surveyen viser, at en betydelig del af behandlingspersonalet har efteruddannelser og kurser inden for forskellige terapeutiske retninger, herunder navnlig de kognitive terapiformer. Det forhold, at en betydelig del af brugerne oplever, at de ikke får den hjælp, de har brug for til deres psykiske problemer, understreger et stadigt behov for opkvalificering af medarbejdernes terapeutiske kompetencer. Ser vi på den samlede fordeling af behandlertimerne på behandlingsstederne, udgør gruppen af psykologer og psykiatere kun en ret lille gruppe. Behandlingssteds-surveyen viser, at kun 7 pct. af det samlede antal personaletimer udgøres af psykologer og psykiatere. Det forhold, at en betydelig del af brugergruppen har svære

psykiske problemer, og at en betydelig del af brugerne giver udtryk for, at de ønsker psykologbehandling, indikerer, at der er et generelt behov for mere psykologbehandling. Her indgår dog også en faglig vurdering af, om brugerne kan forventes at kunne følge et terapeutisk forløb.

DEN ØVRIGE SOCIALE INDSATS

Både surveyen blandt de nuværende og tidligere brugere af behandlingsstederne tegner et billede af de komplekse psykiske og sociale problemer, der generelt kendetegner gruppen af stofmisbrugere.

I forhold til indsatsen over for brugernes øvrige sociale problemer er kontakten med brugerens kommunale sagsbehandler vigtig. Her viser undersøgelsen, at ca. en fjerdedel af brugerne ikke har mødt eller ikke kender deres kommunale sagsbehandler, to tredjedele har ikke haft et møde med deres sagsbehandler inden for de sidste 2 måneder, og 39 pct. af de brugere, der har mødt og/eller kender deres sagsbehandler, er utilfredse eller meget utilfredse med deres sagsbehandler. Den største andel, der er utilfredse med deres kommunale sagsbehandler, finder vi i Københavns omegnskommuner, hvor 48 pct. udtrykker en sådan utilfredshed, men utilfredsheden gør sig generelt gældende i både større og mindre kommuner.

Etableringen af en helhedsorienteret indsats beror også på, om der er et velfungerende samarbejde mellem de forskellige aktører, der er involveret i den samlede indsats for brugerne. I vurderingen af samarbejdet mellem en række aktører tegner der sig generelt et billede af et positivt samarbejde imellem de kommunale misbrugscentre og døgnbehandlingsstederne. Der er også generelt en positiv vurdering af samarbejdet med Kriminalforsorgen. Derimod er der som nævnt en del kritik af samarbejdet med psykiatrien.

Et andet område, hvor der udtrykkes en del kritik, er i forhold til samarbejdet med jobcentrene. Navnlig i brugerinterviewene peges der på, at sagsbehandlerne på jobcentrene ikke altid er tilstrækkeligt lydhøre over for misbrugernes situation. Nogle brugere giver udtryk for, at de har vanskeligt ved at magte aktiveringsforløb og de krav, der stilles til dem i den forbindelse, og en del brugere påpeger, at de ikke oplever en forståelse for, at deres situation og tilstand også kan svinge meget fra dag til dag og fra uge til uge. Nogle behandlingsledere og visitatorer påpeger, at kontakten med sagsbehandlerne opleves som værende mere opsplittet, eftersom brugerne skal have kontakt med flere sagsbehandlere. Omvendt

peges der dog også på, at det kan være hensigtsmæssigt, at der er en adskillelse mellem på den ene side sagsbehandlingen omkring økonomi og ydelser, og på den anden side sagsbehandlingen omkring den sociale støtte.

I forhold til spørgsmålet omkring aktiveringsforløb peger bruger-surveyen på, at en del brugere har været i aktiveringsforløb i deres nuværende behandlingsforløb. Resultaterne viser, at en del brugere, og navnlig de brugere, som nu har et arbejde, mener, at de har haft gavn af aktiveringsforløbet, mens omvendt en del brugere, herunder navnlig brugere, som stadig er på kontanthjælp, mener, at de ikke har haft gavn af aktiveringen. Det understreger, at aktiveringsforløb kan have et socialt inkluderende potentiale både i forhold til at hjælpe brugeren til et nyt forsørgelsesgrundlag og i forhold til at give brugeren en mulighed for adgang til nye sociale relationer og meningsfulde aktiviteter, men også, at aktiveringsforløb kan forstærke en social eksklusionsproces, hvis de ikke tilpasses de socialt mest udsatte brugeres aktuelle situation. I den forbindelse kan det påpeges, at der fra 2008 er skabt mulighed for, at misbrugsbehandling kan udgøre en del af et aktiveringsforløb.

Undersøgelsen har også belyst, hvorvidt der foreligger sociale handleplaner efter servicelovens § 141 eller øvrige skriftlige behandlingsplaner, hvor det er et krav i lovgivningen, at brugeren tilbydes en handleplan, som brugeren dog kan vælge at sige nej til at få udarbejdet. I bruger-surveyen oplyser 56 pct. af brugerne, at de kender til, at der er en skriftlig plan for deres behandlingsforløb, det gælder dog kun 36 pct. af ad hoc-brugerne. I journalundersøgelsen viser det sig, at der for opiat-misbrugernes vedkommende kun foreligger registrerede handleplaner for det sidste halvandet år i 29 pct. af journalerne, mens det er tilfældet for 62 pct. af ikke-opiat-misbrugere. Det skal ses i lyset af, at en betydelig andel af brugerne oplever, at de ikke får den nødvendige hjælp i forhold til en del af de forskellige problemer, de oplever, hvilket kan afspejle problemer omkring koordination af indsatsen.

UDSLUSNING OG OPSØGENDE STØTTE

I forbindelse med at skabe sammenhæng mellem den sociale stofmisbrugsbehandling og den øvrige sociale indsats er også indsatsen ved udslusning fra misbrugsbehandlingssystemet og navnlig udslusning fra døgnbehandling af central betydning. Der rettes i interviewmaterialet generelt en kritik af støtten ved kritiske overgange i behandlingssystemet

– fx i overgangen mellem døgnbehandling og ambulant behandling og i overgangen til livet efter behandling. En betydelig del af brugerne har tidligere oplevet, at de ikke har modtaget den indsats i forbindelse med udslusning, som de har haft brug for. I brugerinterviewene påpeges det, at det kan være vanskeligt at komme ud fra det 'beskyttede' miljø på døgninstitutionerne til det virkelige liv, hvor brugerne bliver konfronteret med fx misbrugsmiljøet og manglen på socialt netværk. I den forbindelse udtrykker en del af brugerne, at de har et udækket behov for opsøgende social støtte, og at udslusningen i mange tilfælde har været oplevet som mangelfuld. Det er også et billede, der genfindes i pårørende-surveyen, hvor en stor del af de pårørende også finder udslusningsindsatsen mangelfuld. Også de frivillige organisationer påpeger, at udslusningen fra behandlingssystemet kan være mangelfuld, og påpeger, at de frivillige organisationers tilbud i den forbindelse spiller en vigtig rolle, særligt i forhold til den mest udsatte gruppe af misbrugere.

Bruger-surveyen viser, at de sociale væresteder benyttes af en stor del af brugergruppen, men der er ikke tegn på, at det særligt er brugere, der modtager en lav behandlingsintensitet, der benytter værestederne. Ifølge bruger-surveyen er der en del brugere, der oplever, at der mangler sociale væresteder henvendt til de socialt udsatte misbrugere. Her er der en vis geografisk variation, idet det navnlig er brugere i København, hovedstadens omegnskommuner og i de mindre byer, der giver udtryk for, at der mangler væresteder, mens det kun gælder ret få brugere i de store provinsbyer. Særligt blandt de stoffri brugere benytter en høj andel NA-møderne, men en del brugere efterlyser lignende netværksgrupper for brugere, som ikke er stoffri, herunder navnlig for brugere i substitutionsbehandling.

I flere af de kvalitative interview med myndighedspersoner, behandlingsledere og med de frivillige organisationer fremhæves det, at der gennem de senere år generelt er sket en styrkelse af den udgående og opsøgende indsats med udbredelsen af SKP-ordningen. Der gives udtryk for, at det med SKP-medarbejderne er blevet muligt at varetage et opsøgende og udgående socialt arbejde, som ellers først og fremmest blev varetaget af de frivillige organisationer. Det fremgår dog samtidig, at der er en del forskelle mellem kommunerne og behandlingsstederne på omfanget af den opsøgende og udgående støtte, herunder mulighederne for fx at holde kontakt med brugere i perioder, hvor de udebliver fra behandlingen.

Andelen blandt de nuværende brugere, der har en støttekontakt-person, er imidlertid forholdsvis lav (18 pct.⁴⁰) og lavest i ad hoc-gruppen. Mange af brugerne har komplekse psykiske og sociale problemer, og har vanskeligt ved at passe ind i en række øvrige sociale systemer, herunder navnlig i det psykiatriske system. Der er også betydelige mangler i kontakten mellem brugeren og de kommunale sagsbehandlere, og brugeren må ofte indgå i kontakt med flere forskellige sagsbehandlere, fx på jobcentret og i socialafdelingen. Denne gruppe har i høj grad brug for en tovholder og støtteperson, der kan sikre, at indsatsen koordineres, og som kan give brugeren en mere fleksibel støtte i det daglige, når problemer opstår. Der er således formentlig en større andel af misbrugergruppen, der kunne have gavn af at have en støtte- og kontaktperson eller en bostøttemedarbejder tilknyttet. Her må der dog igen tages udgangspunkt i misbrugerens ønsker, da det ikke nødvendigvis er alle misbrugere, der ønsker at modtage en sådan hjælp.

Flere af interviewpersonerne rejser spørgsmålet om den organisatoriske forankring af SKP-medarbejderne. I de fleste tilfælde er SKP-arbejdet forankret i kommunerne, men i nogle tilfælde er SKP-medarbejdere også forankret på misbrugscentrene. En del af de kommunale myndighedspersoner påpeger vigtigheden af, at SKP-indsatsen fungerer som et bindeled i forhold til en række øvrige sociale indsats og ligeledes, at SKP-medarbejderne kan bruges på tværs af arbejdet med de forskellige socialt udsatte grupper, som ordningen er henvendt til: stofmisbrugere, hjemløse og psykiske syge. Nogle af behandlingslederne påpeger et behov for at have SKP-medarbejdere tilknyttet behandlingsstederne i forhold til at kunne opnå en større fleksibilitet i brugen af SKP-medarbejderne i en opsøgende indsats i sammenhæng med misbrugsbehandlingen. På behandlingssteder, hvor der er tilknyttet SKP-medarbejdere, benyttes disse fx til at kunne tage kontakt til brugere, der ikke vedligeholder kontakten til behandlingsstedet, eller som på anden måde har brug for hjælp. Også de frivillige organisationer kan her bidrage væsentligt til indsatsen. De frivillige organisationer påpeger, at netop den opsøgende og udgående indsats, herunder at støtte brugeren i det daglige miljø og at bidrage til, at indsatsen koordineres, er en opgave,

40. Tallet dækker ikke nødvendigvis kun over SKP-medarbejdere efter servicelovens § 99, da også øvrige personer med en opstøttende funktion, fx bostøttemedarbejdere efter § 85, eller efterforsksmedarbejdere fra § 110-boformer kan indgå i tallet.

som de frivillige organisationer kan bidrage til at løse, og hvor der allerede er gode erfaringer med fx, at de frivillige organisationer udfører SKP-arbejde. Her er det dog vigtigt at sikre, at også myndighedsfunktionen varetages i forbindelse med tovholderfunktionen.

Betydningen af en opsøgende og fleksibel indsats viser sig også i brugernes ønsker til kontakten med behandlerne. Her peger en nylig undersøgelse på, at brugerne i overvejende grad ønsker en opsøgende frem for en afventende tilgang i kontakten med deres behandlere (Andersen & Järvinen, 2009). Her kan der rettes fokus på, at den lave intensitet i behandlingen for en betydelig del af brugergruppen sammenholdt med en forholdsvis høj bruger-behandler ratio på mange af de ambulante behandlingssteder generelt kan vanskeliggøre en mere opsøgende og fleksibel indsats i forhold til brugernes støttebehov.

INDDRAGELSE AF PÅRØRENDE

En del af stofmisbrugerne i behandling har svage sociale netværk, og mange års stofmisbrug kan have tæret hårdt på fx familierelationer. Inddragelsen af det eksisterende netværk kan være en vigtig bestanddel i behandlingen. Samtidig kan de pårørende have brug for hjælp og støtte til at håndtere situationen som pårørende til en misbruger.

42 pct. af brugerne angiver, at deres pårørende har været inddraget i behandlingen, mens de pårørende ikke inddrages i behandlingen for 58 pct. af brugernes vedkommende. Langt hovedparten af de interviewede pårørende tilkendegiver, at de ønsker at blive inddraget i behandlingen. Blandt de brugere, som ikke har fået inddraget deres pårørende i behandlingen, giver 60 pct. imidlertid udtryk for, at de pårørende er blevet inddraget i et tilpas omfang, og 'kun' 21 pct. angiver, at de pårørende er blevet inddraget for lidt. Det kan handle om, at misbrugeren ønsker at beskytte de tilbageværende pårørende, men kan også afspejle, at de pårørende ikke får den fornødne støtte og hjælp til at håndtere situationen som pårørende til en misbruger. En stor del af de pårørende giver udtryk for, at de mangler støtte og hjælp, og en betydelig del efterlyser psykologsamtaler. De pårørendes ønsker afspejler både et behov for mere viden om misbrug, men også et behov for hjælp til at bearbejde egne følelser og til at kunne indgå i relationen til misbrugeren.

KOMMUNAL ORGANISERING

Der er i de kvalitative interview med både de kommunale myndigheds-personer og med behandlingslederne generelt en positiv vurdering af overgangen af ansvaret for stofmisbrugsbehandlingen til kommunerne. Det fremhæves af en del interviewpersoner, herunder en del behandlingsledere, at afstandene til kommunerne administrativt er blevet kortere. Ikke mindst opleves det positivt, at der nu er en mindre afstand forvaltningsmæssigt mellem misbrugscentrene og de kommunale socialafdelinger. På kommunalt niveau fremhæver flere interviewpersoner positive synergieffekter af at integrere misbrugsområdet og socialpsykiatrien forvaltningsmæssigt. I flere kommuner understreges det dog, at der fortsat er tale om en betydelig omstrukturering, der stadig er i proces. Det forhold, at en betydelig del af brugerne ikke kender deres kommunale sagsbehandler, og at en betydelig del af brugerne er utilfredse med deres kommunale sagsbehandler, tyder dog på, at sådanne positive effekter ikke i tilstrækkeligt omfang er slået igennem på brugerniveau.

Der er i materialet eksempler på, at kommuner har forskellige prioriteringer af henholdsvis døgnbehandling eller ambulant behandling. I nogle kommuner lægges der vægt på som udgangspunkt at tilbyde ambulant behandling frem for døgnbehandling, mens det i andre kommuner er mere udbredt at forsøge at motivere brugerne til at modtage døgnbehandling med henblik på stoffrihed. Disse lokale prioriteringer har en sammenhæng med normative orienteringer i forhold til stoffrihed eller skadesreduktion, ligesom også lokale overvejelser om prioritering mellem ressourcer spiller ind. I eksemplerne lader disse forskelle også til at have haft betydning for den konkrete organisering af visitationssystemerne, herunder i forhold til kommunernes placering af visitationskompetencen til døgnbehandling. Der er her grund til at være opmærksom på, om overgangen til et kommunalt ansvar for stofmisbrugsbehandlingen giver øget mulighed for, at lokale normative orienteringer i kommunerne kan spille ind på prioriteringer mellem forskellige behandlingsmålsætninger og behandlingstyper. Det ville betyde, at skadesreduktionsprincippet generelle princip om fastlæggelse af individuelle behandlingsmålsætninger ud fra brugernes ønsker og situation og behandlernes faglige vurderinger udfordres, og brugernes behandlingsmålsætninger i højere grad påvirkes af, hvilken kommune de bor i. Det kvantitative datamateriale peger dog ikke på, at en sådan variation slår igennem i

geografiske fordelinger, og der er således formentlig i højere grad tale om lokale variationer.

I forhold til misbrugsbehandlingens overgang til det kommunale system viser undersøgelsen generelt, at der er en betydelig variation i de forskellige visitationsmodeller, som kommunerne benytter. Der er mange forskellige parametre, hvor visitationsmodellerne kan variere. Det gælder fx, om der er tale om udfører-kommuner eller kommuner, hvor stofmisbrugsbehandlingen købes af andre udbydere, ligesom der kan være forskellige visitationskompetencer i forhold til døgn- og ambulant behandling og i forhold til, om visitationen foretages af kommunale myndighedspersoner eller behandlingsledere/behandlere. Der er også en del tilfælde, hvor kommunale myndighedspersoner med visitationskompetence er placeret på behandlingsstederne. Det er generelt ikke muligt at uddrage en form for ideel model for udformningen af visitationskompetencerne, og fordele og ulemper ved forskellige modeller kan variere mellem kommunerne. Eksempelvis er der forskellige opfattelser af, om det er en fordel, at udredning/visitation og efterfølgende behandling foretages af forskellige personer i forhold til at etablere en behandlingsrelation med brugeren. Der er også forskellige holdninger til brug af redskaber som ASI-skemaet i forbindelse med udredning og visitation.

Gennemgangen af visitationsmodeller i kommunerne viser et eksempel på en kommune, der køber stofmisbrugsbehandlingen ved en ekstern leverandør, hvor visitatorerne ikke har nogen kontakt med brugerne i forbindelse med hverken udredning og visitation. Visitatorerne fremhæver, at fremgangsmåden giver mulighed for en mere objektiv vurdering af, om der foreslås den rette behandling for brugeren fra behandlingsstedet. Det fremgår imidlertid, at der her kan være problemer med uafklarede forventninger om, hvorvidt behandlingsstedet eller kommunen tager ansvar i forhold til, når der opstår øvrige problemer for brugeren. Det understreger behovet for en koordinering af indsatsen over for brugeren mellem behandlingssted og kommune og en afklaring af roller og opgavefordeling. Det gælder generelt i alle kommuner, men i lyset af, at en betydelig del af kommunerne ved overgangen til kommunalt ansvar for stofbehandlingen ikke selv udbyder stofmisbrugsbehandling, men køber misbrugsbehandlingen hos eksterne leverandører – både andre kommuner og regionale og private leverandører, er der særlig grund til at rette fokus på vigtigheden af, at der sker en kommunal for-

ankring af den samlede sociale indsats for stofmisbrugerne i disse 'køberkommuner'.

INDIVIDUALISERET SOCIAL STØTTE

Analysen af den sociale stofmisbrugsbehandling retter overordnet fokus på, at der med implementeringen af skadesreduktionsprincippet i det danske behandlingssystem kan identificeres en tendens til dualitet mellem den del af behandlingssystemet, der er rettet mod stoffrihed, og en del af behandlingssystemet, hvor en betydelig brugergruppe og navnlig opiat-misbrugere i substitutionsbehandling kun i begrænset omfang modtager sociale behandlingsydelser. På den ene side har implementeringen af skadesreduktionsprincippet medført, at der i høj grad sker en individuel tilrettelæggelse af behandlingsmålsætninger med mulighed for tilpasninger undervejs i et behandlingsforløb, men på den anden side er det en uintenderet risiko ved implementeringen af skadesreduktionsprincippet, at en betydelig del af brugergruppen utilsigtet fastholdes i behandlingstilbud med en lav intensitet i behandlingskontakten. I sin oprindelige form var skadesreduktionsprincippet tænkt som en betoning af vigtigheden af en social og opstøttende indsats individuelt tilpasset brugers behov og ønsker ud fra erkendelse af, at for en del brugere vil fuld stoffrihed ikke være en realistisk målsætning. Den samlede analyse peger således på, at der er behov for at se den praktiske implementering af skadesreduktionsprincippet efter i sømmene. Analyserne peger på vigtigheden af at sikre, at brugerne i så vid udstrækning og under hensyn til behandlernes faglige vurderinger tilbydes de rette betingelser for at kunne efterfølge et ønske om fuld stoffrihed. Samtidig peger analyserne på, at der med fordel kan sigtes mod at give bedre tilbud om kontinuerlig social støtte til brugere i længerevarende tilbud med et skadesreducerende perspektiv.

Skadesreduktionsprincippets bærende tankegang omkring tilrettelæggelsen af fleksible behandlingsmålsætninger tilpasset den enkelte brugers individuelle livssituation forekommer stadig at være en afgørende forudsætning for en vellykket tilrettelæggelse af stofmisbrugsbehandlingen. Udfordringen i det danske behandlingssystem er imidlertid at sikre, at der gennem den fornødne sociale støtte tilvejebringes forudsætninger for, at der kan ske en afhjælpning af psykiske, fysiske og sociale proble-

mer, og for at brugeren kan leve et almindeligt liv. Her peger forskningen på, at individuelt tilrettelagte sociale støtte- og behandlingsindsatser, der tager udgangspunkt i den enkeltes behov og ressourcer, er en generel forudsætning for, at en stabilisering af socialt udsatte individers livssituation kan finde sted.

En styrkelse af den sociale støtte indebærer en højere grad af integration mellem forskellige sociale systemer, herunder mellem den sociale misbrugsbehandling og den opsøgende og udgående sociale indsats i kommunerne. Forankringen af misbrugsbehandlingen i kommunerne rummer tegn på styrkede forudsætninger for en udvikling af indsatsen på lokalt niveau, men analysen peger samtidig på fortsatte betydelige administrative og praktiske barrierer for en mere helhedsorienteret indsats, både mellem kommunale enheder og i forhold til andre aktører, og her navnlig i forhold til psykiatrien. Det er således en fortsat udfordring for udviklingen af den sociale misbrugsbehandling i Danmark at styrke forankringen af indsatsen for de socialt udsatte stofmisbrugere i den generelle kommunale service over for de socialt udsatte grupper.

ANBEFALINGER

Rapportens anbefalinger tager udgangspunkt i analysens hovedresultater og konklusioner, og i de grundlæggende mønstre omkring den sociale behandlingsindsats, der har vist sig i undersøgelsens empiriske materiale. Analysen har vist, at der er en betydelig variation i behandlingsintensiteten mellem forskellige brugergrupper, og at denne variation må forstås i forhold til en underliggende skillelinje mellem en orientering mod stoffrihed og en orientering mod skadesreduktion i behandlingssystemet. Implementeringen af skadesreduktionsprincippet i det danske behandlingssystem har på den ene side betydet, at der i høj grad lægges vægt på, at behandlingsmålsætninger tilrettelægges individuelt med et væsentligt udgangspunkt i brugerens ønsker under hensyntagen til behandlernes faglige vurderinger, men på den anden side indgår en betydelig del af brugergruppen i skadesreducerende tilbud, hvortil der for en del af brugernes vedkommende kun i et begrænset omfang er knyttet social behandling. Det gælder navnlig opiat-misbrugere i substitutionsbehandling.

På baggrund af analysens konklusioner gives følgende anbefalinger, der samtidig begrundes og uddybes:

1) At princippet omkring udformning af individuelle behandlingsmålsætninger med udgangspunkt i brugernes ønsker og under hensyn til behandlernes faglige vurderinger styrkes ved at nedtone den reelle todeling af behandlingssystemet i en del, hvor målsætningen er stoffrihed, og en del, hvor målsætningen er skadesreduktion uden stoffrihed.

Der er i det danske behandlingssystem en grundlæggende forståelse blandt kommunale myndigheder og behandlingsledere om, at behandlingsmålsætninger fastlægges individuelt og med udgangspunkt i brugerens ønsker og under hensyntagen til behandlernes faglige vurderinger. Imidlertid er der også en tydelig tendens til en dualisme i behandlingssystemet mellem tilbud rettet mod stoffrihed og tilbud rettet mod skadesreduktion. Med skadesreduktion forstås her tilbud baseret på langvarig substitutionsbehandling. Der kan rettes en opmærksomhed mod at undgå, at brugere utilsigtet fastholdes i tilbud med sigte mod skadesreduktion med en lav behandlingsintensitet ved at sikre en fleksibilitet i forandringer af behandlingsmålsætninger og i intensiteten af den sociale behandling med udgangspunkt i brugerens aktuelle livssituation. Denne anbefaling skal ses i sammenhæng med anbefaling 2), 3) og 4), da det i høj grad er opiat-misbrugere i substitutionsbehandling, der modtager en lav intensitet i den sociale behandling.

2) At brugernes hovedmisbrugsstof (opiat- vs. amfetamin, kokain, hash mv.) ikke spiller så stærk en rolle for tilrettelæggelsen af den sociale behandlingsindsats i form af behandlingsmålsætninger og behandlingsintensiteter, som den gør i dag, og at tilrettelæggelsen af den sociale behandling tager udgangspunkt i brugerens aktuelle sociale, psykiske og fysiske situation og behov for støtte og omsorg.

Der er en tendens til, at opiat-misbrugere i langt højere grad end brugere med misbrug af amfetamin, kokain, hash mv. modtager social stofmisbrugsbehandling med en lav behandlingsintensitet i sammenhæng med medicinsk substitutionsbehandling. Undersøgelsens analyser peger imidlertid på, at en betydelig del af gruppen i langvarig substitutionsbehandling i lige så høj grad som øvrige misbrugere har brug for social støtte. Der kan her rettes fokus på at sikre, at det er brugerens aktuelle sociale, psykiske og fysiske situation og behov for støtte og omsorg, der danner udgangspunkt for omfanget af den sociale behandlingsindsats.

3) At der gives tilbud om en forøget intensitet af den sociale behandling til brugere, der modtager en lav behandlingsintensitet i form af ad hoc-samtaler.

En betydelig del af brugergruppen modtager social behandling af en meget lav intensitet. Det gælder navnlig opiat-misbrugere i substitutionsbehandling. Der er samtidig en klar tendens til, at brugere, der modtager

en lav behandlingsintensitet i langt mindre omfang end øvrige brugere modtager den fornødne hjælp til at håndtere en række psykiske, sociale og fysiske problemer. Der kan her rettes opmærksomhed mod at sikre, at brugere, der modtager en lav behandlingsintensitet, gives tilbud om en forøget behandlingsintensitet under hensyntagen til, at en del brugere ønsker en højere behandlingsintensitet, mens andre brugere er tilfredse med den behandling, de modtager.

4) At behandlingstilbuddene for opiat-misbrugere retter fokus på muligheden for at afhjælpe problemer med sidemisbrug gennem intensivering af den sociale behandling.

En del af brugerne har et mere eller mindre omfattende sidemisbrug. Der er samtidig en tendens til, at der kun i begrænset omfang fokuseres på tilbagefaldsforebyggelse for brugere med en lav behandlingsintensitet. Der kan rettes fokus mod et behov for at øge intensiteten af den sociale behandling med henblik på at reducere sidemisbrug. Det er vigtigt, at der ikke sker en øget brug af sanktioner i forbindelse med sidemisbrug.

5) At bruger-behandler-ratioen nedbringes på behandlingssteder med en høj bruger-behandler-ratio med henblik på at give et mere ensartet niveau i den ambulante behandling.

Der er en betydelig variation i bruger-behandler-ratioen, navnlig mellem de ambulante behandlingstilbud. Det forhold, at en betydelig del af brugerne modtager en lav behandlingsintensitet, hænger således også sammen med institutionelle karakteristika, hvor der på en del behandlingssteder er et forholdsvis højt antal brugere pr. behandler. Der kan her rettes fokus på at nedbringe bruger-behandler-ratioen på de ambulante behandlingstilbud med henblik på at tilvejebringe et mere ensartet grundlag for at kunne øge behandlingsintensiteten for brugere, der har behov for og ønske om en øget behandlingsintensitet.

6) At arbejdet med at integrere centrale dokumentationssystemer fremskyndes for at frigive behandlingsressourcer, og at de centrale systemer integreres med kommunale indberetningssystemer.

Der rettes fra behandlingssystemet en omfattende kritik mod, at der foregår en sideløbende indberetning i flere forskellige nationale og

kommunale indberetningssystemer, og at denne indberetning tager tid fra behandlingsarbejdet med brugerne. Det anbefales, at bestræbelser på at integrere de forskellige indberetningssystemer fremskyndes.

7) At der i højere grad rettes fokus mod at udvikle behandlingens terapeutiske indhold og at styrke rammerne for, at en terapeutisk orienteret behandling kan gennemføres i både det ambulante behandlingssystem og på døgnbehandlingsstederne.

Der er en betydelig grad af metodisk pluralisme i behandlingstilgangene på behandlingsstederne. Det forhold, at mange brugere modtager få behandlingssamtaler, og at samtalerne for en dels vedkommende er af relativ kort varighed, giver anledning til at stille spørgsmål ved muligheden for, at behandlingen i tilstrækkeligt omfang kan rumme et terapeutisk sigte for en del brugeres vedkommende. Der kan her rettes et styrket fokus mod udviklingen af det terapeutiske fokus i behandlingen.

8) At den professionelle, behandlingsmæssige kompetence styrkes generelt blandt behandlingspersonalet.

Der findes ikke i Danmark en egentlig uddannelse, men kun kortere kurser for personer, som arbejder med misbrugsbehandling. Undersøgelsen peger på, at der er et fortsat behov for at styrke professionalismen blandt personalet på misbrugsbehandlingsstederne. Hovedparten af behandlingspersonalet har en faglig baggrund som socialpædagoger, socialrådgivere og sygeplejersker, men de er ikke specialuddannet på misbrugsområdet. Dette forhold betyder også, at der er behov for et fortsat fokus på efteruddannelse i forhold til at styrke behandlergruppens viden om misbrug.

9) At der i større omfang gives tilbud om psykologsamtaler eller lignende behandling til stofmisbrugere med psykiske problemer.

En betydelig del af brugerne giver udtryk for, at de har psykiske problemer, og det må antages, at en del af brugerne har egentlige psykiske lidelser som psykoser og personlighedsforstyrrelser. Ansvar for behandlingen af brugere med psykisk sygdom påhviler behandlingspsykiatrien. Undersøgelsen peger på, at det kan være vanskeligt at håndtere de psykisk syge misbruges problematikker i både psykiatrien og i misbrugs-

behandlingen, og analyserne viser, at hovedparten af de brugere i misbrugsbehandlingen, der modtager psykologisk eller psykiatrisk behandling, modtager denne i regi af misbrugsbehandlingen. En betydelig del af brugerne giver udtryk for, at de ikke modtager den fornødne hjælp i forhold til deres psykiske problemer, og en betydelig andel af brugerne giver udtryk for, at de ønsker psykologsamtaler. Kun 7 pct. af behandlingspersonalet på misbrugsbehandlingsstederne udgøres af psykologer/psykiatere. En del behandlingssteder har ikke psykologer og/eller psykiatere ansat. På behandlingssteder, hvor der er psykologer ansat, meldes der om gode erfaringer med, at brugerne fleksibelt kan få tilbud om psykologbehandling. Det kan her rettes opmærksomhed på muligheden for, at der i et større omfang gives tilbud om psykologsamtaler i regi af misbrugsbehandlingen. En forudsætning vil være, at den psykologfaglige behandlergruppe på behandlingscentrene styrkes for at kunne imødekomme dette behov. Denne anbefaling skal ses i sammenhæng med anbefaling 10 om øget brug af psykiatrisk udredning med henblik på at afklare, hvilke brugere der har brug for og vil kunne have gavn af psykologisk behandling.

10) At der foretages psykologiske/psykiatriske udredninger i forbindelse med afdækning af behandlingsbehov og visitation.

Psykologiske/psykiatriske udredninger udarbejdes og anvendes kun i begrænset omfang i forbindelse med udredning og visitation. I betragtning af, at en betydelig del af brugerne har psykiske problemer, bør der i større omfang udarbejdes psykologiske/psykiatriske udredninger. Herved kan der opnås et bedre grundlag for at vurdere, hvilke brugere der har brug for egentlig psykiatrisk behandling, og hvilke brugere der har brug for hjælp i forhold til en række øvrige psykologiske problematikker, og hvem der kan have gavn af og er i stand til at følge en sådan behandling. Herved kan der opnås et bedre grundlag for at kunne udnytte de relativt knappe psykiatriske og psykologiske behandlingsressourcer bedst muligt.

11) At der rettes fokus på omfanget af behandlingssamtaler på døgninstitutionerne, herunder omfanget af behandlingssamtaler med terapeutisk uddannet personale.

Ønsket fra en del af brugerne om flere behandlingssamtaler, herunder flere psykologssamtaler, gør sig også gældende på døgnbehandlingsinstitutionerne. Her kan der rettes fokus mod omfanget af behandlingssamtaler, herunder behandlingssamtaler med terapeutisk uddannet personale på døgnbehandlingsinstitutionerne.

12) At der rettes fokus på indretningen af behandlingsstederne som et imødekommende åbent rum, herunder gennem etablering af brugercaféer.

Brugerne lægger vægt på vigtigheden af, at behandlingsstederne opleves som rare steder at opholde sig, både i form af de fysiske faciliteter og i form af muligheden for kontakt med personale og med andre brugere. En del brugere oplever imidlertid ikke behandlingsstedet som et rart sted at opholde sig. Her kan der både være tale om forhold, der vedrører behandlingsstedets indretning, og forhold, der vedrører misbrugs miljøet. Der er positive erfaringer med brugercaféer, hvor brugerne kan opholde sig, ligesom brugerne lægger vægt på, at behandlingsstederne er åbne og imødekommende, og at kontakten til behandlerne ikke altid kræver, at der aftales tid på forhånd.

13) At der rettes fokus på behandlingens tilgængelighed, herunder et behov for opsøgende støtte, og at der følges aktivt op på udeblivelser.

Brugerne ønsker generelt en opsøgende frem for en afventende behandling, herunder at der er mulighed for opsøgende social støtte, og for at der følges aktivt op på udeblivelser, der ikke nødvendigvis er udtryk for manglende motivation, men kan være et symptom på, at brugerens aktuelle situation er blevet forværret. En del brugere har vanskeligt ved at følge et struktureret behandlingsforløb, og der kan her være brug for en mere udgående og fleksibel, opsøgende støtte. Denne anbefaling kan ses i sammenhæng med anbefaling 23 om udgående, tværfaglige støtteteams.

14) At der rettes fortsat fokus mod udviklingen af specialiserede behandlingstilbud og botilbud til psykisk syge misbrugere.

Der er vanskeligheder ved at rumme de psykisk syge misbrugere, både i psykiatrien og i misbrugsbehandlingen. Det anbefales, at der rettes et fortsat fokus på at udvikle specialiserede tilbud til denne brugergruppe.

Her bør det også tages i betragtning, at det i den nationale hjemløsekortlægning er afdækket, at der på et givet tidspunkt befinder sig ca. 1.000 psykisk syge misbrugere i en akut hjemløshedssituation. Det peger på, at der for en del af denne gruppe kan være behov for at udvikle flere integrerede tilbud, fx under § 107 eller 108 i serviceloven rettet mod både bolig-, behandlings- og omsorgsbehov.

15) *At der rettes fokus på behovet for tilbud målrettet kvinder.*

Der kan være behov for, at der oprettes skærmede tilbud særligt målrettet kvindelige misbrugere. For eksempel i forbindelse med gruppebehandling kan det være vanskeligt for kvinder at indgå i behandlingsgrupper af blandet køn, herunder i forhold til forhold omkring seksualisering, prostitution og problemstillinger omkring familie og børn.

16) *At der rettes forøget fokus mod at nå misbrugere med etnisk minoritetsbaggrund i den sociale behandling til stofmisbrugere.*

Der gives på behandlingsstederne udtryk for, at de etniske minoritetsgrupper ikke benytter misbrugsbehandlingssystemet i det omfang, det kan forventes. Der kan her rettes et forøget fokus på at nå misbrugere med etnisk minoritetsbaggrund, herunder at udvikle flere specialiserede tilbud til denne gruppe.

17) *At der rettes fokus på at give støtte til pårørende til misbrugere, fx i form af kurser og mulighed for psykologisk hjælp.*

Misbrugernes pårørende giver udtryk for et udækket behov for hjælp og støtte. Her kan både være tale om information og viden om misbrug og misbrugsbehandling, men også egentlig psykologisk hjælp. En bedre forståelse af misbrugernes tanke- og adfærdsmønstre, samt hjælp og støtte til at håndtere situationen som pårørende kan udgøre en forudsætning for, at de pårørende bedre kan støtte og hjælpe misbrugeren.

18) *At der lokalt fastlægges en klar rolle- og ansvarsfordeling mellem behandlingssteder og kommunale myndigheder i forhold til handleforpligtelser og tovholderfunktion i forhold til en helhedsorienteret indsats.*

Der er et generelt behov for at styrke fokus på den helhedsorienterede indsats. Der er på nogle behandlingssteder og i nogle kommuner uklarhed omkring rolle- og ansvarsfordelingen i forhold til tovholderfunktion og handleforpligtelser i forhold til indsatsen for sociale problemer ud over misbruget. Det er vigtigt, at der er klarhed om rolle- og ansvarsfordelingen, og at der er let tilgængelig information for behandlerne på misbrugscentrene om, hvem der aktuelt er sagsbehandler(e) for brugerne i kommunen.

19) At alle brugere i den sociale stofmisbrugsbehandling får tilbudt udarbejdelse af § 141 handleplaner, og at der i den forbindelse sker et motivationsarbejde med brugerne med udgangspunkt i en personlig kontakt.

En betydelig del af brugerne har ikke § 141 handleplaner, eller sådanne handleplaner er ikke kendt for brugerne eller fremgår af brugerjournalerne. Det anbefales, at det sikres, at alle brugere i den sociale stofmisbrugsbehandling får tilbudt udarbejdelse af § 141 handleplaner. Der er i den forbindelse brug for et forøget fokus på betydningen af at motivere brugerne gennem personlig kontakt i forbindelse med udarbejdelse af handleplaner frem for fx brug af skriftlige henvendelser.

20) At der sker en generel styrkelse af udslusning, efterbehandling og udgående social støtte. Denne indsats kan både forankres i servicelovens § 99 (støtte-kontakt-personer) og § 85 (bostøtte), og der udvikles nye støtteformer (se anbefaling 23).

En del brugere mangler støtte ved kritiske overgange såsom overgang fra døgnbehandling til ambulant behandling og ved afslutning af behandling. En del brugere efterspørger en mere opsøgende og udgående social indsats. Både servicelovens § 99 om støtte-kontakt-personer og § 85 om bostøtte giver mulighed for en sådan opsøgende og udgående social støtte. Disse støtteindsatser kan organisatorisk både være forankret på de kommunale socialcentre eller i specialiserede tilbud som misbrugsbehandlingsstederne. Det anbefales, at der udvikles nye specialiserede støtteformer til at kunne støtte de mest udsatte misbrugere, herunder de psykisk syge misbrugere (jf. anbefaling 23).

21) At der rettes fokus på problemer omkring misbrugeres adgang til en bolig, og at det sikres, at en boligløsning indgår i en helhedsorienteret indsats.

Cirka 10 pct. af misbrugergruppen må skønnes på et givet tidspunkt at være uden egen bolig og befinde sig i en hjemløshedssituation. Her kan der rettes fokus mod barrierer for, at misbrugere kan opnå en bolig, fx i forbindelse med boliganvisning eller mulighed for relevante botilbud. Den sociale støtte, herunder den opsøgende sociale støtte, er ofte en forudsætning for, at misbrugeren kan opretholde egen bolig.

22) At der fortsat lægges vægt på at sikre grundlaget for de frivillige organisationers arbejde for de socialt udsatte misbrugere, herunder arbejdet med at give social støtte og omsorg til de mest udsatte misbrugere.

De frivillige organisationer ønsker generelt ikke en tættere integration med behandlingssystemet, men spiller en vigtig rolle i forhold til at give brugerne social støtte og omsorg som et tilbud ud over og i samspil med den offentlige indsats. Her er det vigtigt, at der fortsat arbejdes på at sikre rammerne for, at de frivillige organisationer kan varetage denne funktion. De frivillige organisationer kan spille en vigtig rolle i forbindelse med behovet for en styrket opsøgende og udgående indsats for de mest udsatte misbrugere. Det er dog vigtigt, at myndighedsfunktionen også indtænkes i videreudviklingen af den opsøgende indsats og tovholderfunktionen for brugerne.

23) At der etableres tværfaglige udgående støtteteam, henvendt til brugere, der har vanskeligt ved at benytte eksisterende behandlingssystemer, herunder de psykisk syge misbrugere og andre brugere, der har brug for en mere fleksibel udgående og opsøgende støtte, end der sædvanligvis kan tilhydes i det institutionaliserede behandlingssystem.

Der er brugere, der har behov, som vanskeligt kan imødekommes inden for rammerne af de eksisterende behandlingssystemer, herunder brugere med komplekse problematikker som de psykisk syge misbrugere. Der kan her etableres tværfaglige udgående støtteteam, hvor der indgår personer med forskellig faglig baggrund. Her kan fx indgå misbrugsbehandlere, psykologer, socialrådgivere, socialpædagoger, sygeplejersker mv. Der kan i støtteteamet også indgå såkaldt peer-support i form af tidligere misbrugere. Disse støtteteam er i litteraturen særligt beskrevet i forbindelse med indsatser for hjemløse, herunder navnlig hjemløse, psykisk syge misbrugere, hvor det gennem effektstudier er påvist, at der med sådanne støtteteam for en betydelig del af de mest udsatte misbrugere

kan opnås stabilisering af bolig- og livssituationen. De tværfaglige støtte-team kan give social støtte efter behov fx i boligen eller i det øvrige lokalmiljø. Ved at forskellige faglige kompetencer indgår i teamet, er der mulighed for at imødekomme forskellige og sammensatte behov for støtte i brugergruppen. Denne anbefaling om brug af tværfaglige udgående støtteam tager således udgangspunkt i, at de mest socialt marginaliserede borgere har vanskeligt ved at benytte eksisterende støttesystemer, og at det derfor kan være nødvendigt at kunne tilbyde hjælp der, hvor borgeren er. Denne anbefaling kan ses i en bredere sammenhæng som en mulighed for at styrke det nederste sociale sikkerhedsnet og den sociale service for de mest udsatte grupper.

LITTERATUR

- Abbott, P.J., Moore, B., Delaney, H. & Weller, S. (1999): "Retrospective analyses of additional services for methadone maintenance patients." *Journal of Substance Abuse Treatment*. 17 (1-2): 129-37.
- Abbott, P.J., Weller, S.B., Delaney, H.D. & Moore, B.A. (1998): "Community reinforcement approach in the treatment of opiate addicts." *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 24 (1):17-30.
- Alkohol- og Narkotikarådet (1984): *At møde mennesket hvor det er ... Om behandlingen af stofmisbrugere*. København: Alkohol- og Narkotikarådet.
- Amato, L., Davoli, M., Ferri, M., Gowing, L. & Perucci, C.A. (2004): Effectiveness of interventions on opiate withdrawal treatment: an overview of systematic reviews. *Drug and Alcohol Dependence*, 73 (3), 219-226.
- Amato, L., Minozzi, S., Davoli, M., Vechhi, S.M. & Mayet, S. (2007): "Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification." *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3.
- Andersen, D. (2007): *Stofmisbrugeres behandlingsansvar – Personlige målsætninger i en institutionel kontekst*. København: Sociologisk Institut, Københavns Universitet, Det Samfundsvidenskabelige Fakultets Reprocenter.

- Andersen, D. & Järvinen, M. (2006): "Skadesreduktion – idealer og paradokser." *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift* vol. 23, 5, pp. 305-322.
- Andersen D. & Järvinen, M. (2009) *Skadesreduktion i praksis*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for velfærd.
- Andreasen, J. (2002): Ansvar for de psykotiske stofmisbrugere skal være psykiatriens. *Ugeskrift for læger*. København: 164, 51, 6104.
- Asmussen, V. & Dahl, H. (2002): "Skadesreduktion som forebyggelse på stofmisbrugsområdet." *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift*. Helsingfors, 19(4), pp. 249-261.
- Asmussen, V. & Jøhncke, S. (red.)(2004): *Brugerperspektiver – fra stofmisbrug til socialpolitik?* Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Asmussen, V. & Kolind, T. (2005): *Udvidet psykosocial indsats i metadonbehandling*. Århus: Center for Rusmiddelforskning.
- Avants, S.K., Margolin, A. & Kosten, T.R. (1994): "Cocaine abuse in methadone maintenance programs: integrating pharmacotherapy with psychosocial interventions." *Journal of Psychoactive Drugs*. 26 (2):137-46.
- Avants, S.K., Margolin, A., Kosten, T.R., Rounsaville, B.J. & Schottenfeld, R.S. (1998): "When is less treatment better? The role of social anxiety in matching methadone patients to psychosocial treatments." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 66 (6):924-31.
- Avants, S.K. & Margolin, A. (1999): "Day treatment versus enhanced standard methadone services for opioid-dependent patients: A comparison of clinical efficacy and cost." *American Journal of Psychiatry*. 156 (1), 27-33.
- Baker, A., Lee, N.K., Claire, M., Lewin, T.J., Grant, T. & Pohlman, S. (2005): "Brief cognitive behavioural interventions for regular amphetamine users: a step in the right direction." *Addiction*, 100(3), 367-378.
- Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. & Liese, B.S. (1993): *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. New York: The Guilford Press.
- Benjaminsen, L & Christensen, I. (2007): *Hjemløshed i Danmark 2007. National kortlægning*. København: SFI 07:22.
- Berg, I.K. & Reuss, N. (1998): *Solutions step by step: a substance abuse treatment manual*. New York: W. W. Norton & Company.

- Berg, I.K. & Miller, S.D. (2002): *Rusbehandling – En løsningsfokuseret tilnærming*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S.
- Berglund, M., Thelander, S., & Johnsson, E. (eds.) (2003): *Treating Alcohol and Drug Abuse. An Evidence-Based Review*. Weinheim: Wiley-VCH.
- Bergeron, H. & Kopp, P. (2002): "Policy paradigms, ideas and interest: The case of the French public health policy toward drug abuse." *The Annals of the American Academy*, AAPSS, 582, 37-48.
- Bjerger, B. (2004): "Metadonister" og forestillingen om det selvforvaltede individ. Empowerment i virkeligheden og virkeligheden i empowerment. En antropologisk analyse af relationen mellem forestillinger, individ og praksis i det daglige arbejde med mennesker i metadonbehandling. Århus: Magisterkonferensspeciale, Afdelingen for Etnografi og Antropologi, Århus Universitet.
- Bjerger, B. (2005): Strukturreformen i Danmark. Hvad sker der med rusmiddelområdet? I: *Stof* nr. 6: 43-44.
- Bjerger, B. (2007): Hvordan går det egentlig med strukturreformen? I: *Stof* nr. 8: 52-54.
- Bjerger, B. & Selmer, B. (2007): *Det sociale arbejdes daglige praksis – Perspektiver på brugerinddragelse og retssikkerhed*. Århus: Aarhus universitetsforlag/Forskningsrådet for Kultur og Kommunikation og Aarhus Universitets Forskningsfond.
- Brandt, P. (1987a): "Hjemløshed og psykisk lidelse." *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift*. Oslo: Universitetsforlaget, vol. 41, nr. 4, 295-301.
- Brandt, P. (1987b): "Hjemløse psykiatriske "svingdørspatienter." *Ugeskrift for læger*. København: 149/31 1987.
- Buus, E.B. (2006): Brugerinddragelse på hjemløseområdet. En sociologisk analyse med fokus på empowerment og styring. København: Sociologisk Institut, Københavns Universitet.
- Carroll, K.M. (2000): "Implications of recent research for program quality in cocaine dependence treatment." *Substance Use & Misuse*, 35(12-14): 2011-2030.
- Carroll, K.M. & Rounsaville, B.J. (2007): "A vision of the next generation of behavioural therapies research in the addictions." *Addiction*. 102, 6, 850-862.
- Center for Rusmiddelforskning (2006): *DanRIS 2005 – STOF, Dansk Registrering og InformationsSystem*. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet, Århus.

- Center for Rusmiddelforskning (2008): *DanRIS 2007 – STOF, Dansk Registrering og InformationsSystem*. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet, Århus.
- Center for Rusmiddelforskning (2009): *DanRIS 2008 – STOF, Dansk Registrering og InformationsSystem*. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet, Århus.
- Christensen, H.B. (2002): "Alkoholbehandling og ASI. Om at integrere et struktureret interviewskema (ASI) i behandlingsplanlægning og dokumentation af alkoholbehandling i Århus Amt." Mahs, B.M. (red.): *Jeg har planer, eller har jeg?* København: FOKUS. 2. udgave: 61-68.
- Centre for Interdisciplinary Addiction Research CIAR (2008): *Quality of treatment services in Europe – drug treatment situation and exchange of good practice*. Hamburg: University of Hamburg.
- Coldwell, C & Bendner, W. (2007): The Effectiveness of Assertive Community Treatment for Homeless Populations With Severe Mental Illness: A Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry* 164:3.
- Covi, L., Hess, J.M., Schroeder, J.R. & Preston, K.L. (2002): "A dose response study of cognitive behavioral therapy in cocaine abusers." *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23(3): 191-197.
- Duckert, F. (2007): "Therapy as a black box." *Addiction*. 102, 6, 865-866.
- Ege, P. (2003): "Urinkontrol i behandlingen af opioidmisbrugere." *Ugeskrift for læger*, 165/13.
- Engelsman, E.L. (1989): Dutch Policy on the Management of Drug-related Problems. *British Journal of Addiction* 84, 211-218.
- Feeney, G.F.X., Connor, J.P., Young, R., Tucker, J. & McPherson, A. (2006): "Improvement in measures of psychological distress amongst amphetamine misusers treated with brief cognitive-behavioural therapy (CBT)." *Addictive Behaviors*, 31 (10), 1833-1843.
- Fries, B. (2007): Den nationella narkotikapolitiska samordnarens slutrapport för verksamheten 2002-2007. Stockholm: *Mobilisering mot narkotika*.
- Gossop, M., Stewart, D. & Marsden, J. (2006): "Effectiveness of drug and alcohol counselling during methadone treatment: content, frequency, and duration of counselling and association with substance use outcomes." *Addiction*, 101: 404-412.

- Grytnes, R., Villumsen, S. & Pedersen, M.U. (2002): *Væresteder for stofmisbrugere og tidligere stofmisbrugere i Danmark*. Århus: Center for Rusmiddelforskning.
- Grytnes, R. (2004): "Hygge med hensigt: Væresteder for stofmisbrugere." I: Asmussen, V. & Jöhncke, S. (red.): *Brugerperspektiver. Fra stofmisbrug til socialpolitik*. Århus: Aarhus Universitetsforlag: 147-169.
- Gustle, L. (2006): *Implementering och korttidsuppföljning av multisystemisk terapi*. Lund: Institutionen för Psykologi, Lunds Universitet.
- Henriksen, C. S. & Hansen, H. (2003). § 115-redegørelse 2003. *Kommuners og amters samarbejde med frivillige sociale organisationer*. København: CA-SA.
- Hesse M. (2000): "Hvad er kognitiv adfærdsterapi for misbrug." *Misbrugsnet, Danske Psykolog Forenings Selskab for Misbrugspsykologi*. Artikel til kursus i kognitiv misbrugspsykologi 11./12. maj 2000, tilgængelig på www.misbrugsnet.dk, fagligt stof.
- Houborg, E. (2006): *Stofmisbrug, metadon, subjektivering – Historiske og aktuelle fremstillinger af stofmisbrug*. København: Ph.d.-afhandling, Sociologisk Institut: 7-18, 175-230, 277-294.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2002): *Indsatsen for de hårdest belastede stofmisbrugere*. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2003): *Kampen mod narko – handlingsplan mod narkotikamisbrug*. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Johnson, B. (2003): Polycyspridning som översättning. Den politiska översättningen av metadonbehandling och husläkare i Sverige. Lund: *Afhandling för doktorexamen*, Lunds Universitet.
- Järvinen, M. (2008): "Approaches to methadone treatment: harm reduction in theory and practice." *Sociology of Health & Illness*. Vol. 30 Issue 7, p975-991.
- Jöhncke, S. (1997): *Brugererfaringer. Undersøgelse af brugernes erfaringer med behandling i de fire distriktcentre i Københavns Kommunes behandlingssystem for stofmisbrugere 1996-97*. København: Socialdirektoratet.
- Kleber, H.D., Weiss, R.D., Anton, R.F., George, T.P., Greenfield, S.F. & Kosten, T.R. (2006): *Practice Guideline For The Treatment of Patients With Substance Use Disorders*: APA.

- Koutrolis, G. (2000): "That Original Tension. Negotiating abstinence in clinicians' accounts of harm reduction in non-residential treatment of heroin withdrawal." *Journal of Substance Abuse Treatment*. 19 (1): 89-98.
- Kraft, M. K. & Rothbard, A.B. (1997): "Are supplementary services provided during methadone maintenance really cost-effective?" *American Journal of Psychiatry*. 154(9), 1214-1219.
- Københavns Kommune (2006): *Sektorplan for Københavns Kommunes indsats over for stofmisbrug 2006-2008*. København: Socialforvaltningen, Københavns Kommune.
- Københavns Kommune (2008a): "Integration af stof- og alkoholområdet i rådgivningscentre." *Dagsorden for ordinært møde i Socialudvalget, Københavns Kommune*, SUD 4/2008 J.nr. 4/2008, 9-1-2008.
- Københavns Kommune (2008b): "Strategi for alkoholbehandlingen." *Beslutningsprotokol fra ordinært møde i Socialudvalget, Københavns Kommune*, SUD 15/2008 J.nr. 15/2008, 23-1-2008.
- Laursen, L. (1995). Harm reduction strategy and the drug problem: definitions and applications in Denmark. I: *Nordic Alcohol Studies*, 12, 97-107.
- March, L.A. (1998): "The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behaviour and criminality: a meta-analysis." *Addiction*, 93(4):515-32.
- Marlatt G.A. (1996): Harm Reduction: Come as you are. *Addictive Behaviors* 21, 6, 779-788.
- Marlatt, G. A. (1998): *Harm Reduction. Pragmatic Strategies for Managing Harm-Risk Behaviors*. New York: The Guilford Press.
- Maude-Griffin, P.M., Hohenstein, J.M., Humfleet, G.L., Reilly, P.M., Tusel, D.J. & Hall, S.M. (1998): "Superior efficacy of cognitive-behavioral therapy for urban crack cocaine abusers: main and matching effects." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(5): 832-837.
- McKeganey, N., Morris, Z., Neale, J., & Robertson, M. (2004): "What are drug users looking for when they contact drug services: abstinence or harm reduction?" *Drugs: Education, prevention and policy*. vol. 11, no. 5, 423-435.
- McKeganey, N. (2005): "Abstinence and harm reduction: Two roads to one destination?" *Drugs: Education, prevention and policy*. vol. 12, no. 4, 251-253.

- McLellan, A.T. & Arndt, I.O. (1993): "The effects of psychosocial services in substance abuse treatment." *JAMA*, 269, 1953-59.
- McRae, A.L., Budney, A.J. & Brady, K.T. (2003): "Treatment of marijuana dependency: a review of the literature." *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24(4):369-376.
- Mehlbye, J. (1997): De samfundsmæssige konsekvenser af stofmisbrug. København: AKF Forlaget.
- Miller, W.R. (2007): "Bring addiction treatment out of the closet." *Addiction*, 102, 6, 863-863.
- Monti, P.M., Rohsenow, D.J., Michalec, E., Martin, R.A. & Abrams, D.B. (1997): "Brief coping skills treatment for cocaine abuse: substance use outcomes at three months." *Addiction*, 92(12): 1717-1728.
- Moos, R.H., Pettit, B. & Gruber, V.A. (1995): "Characteristics and Outcomes of Three Models of Community Residential Care for Substance Abuse Patients." *Journal of Substance Abuse*, 7: 99-116.
- Moos, R.H., King, M.J., Burnett, E. & Andrassy, J.M. (1997): "Community residential program policies, services, and treatment orientations influence patients' participation in treatment." *Journal of Substance Abuse*. 9: 171-187.
- Moos, R.H. & Moos, B.S. (1998): "The staff workplace and the quality and outcome of substance abuse treatment." *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 1,: 43-51.
- Moos, R.H., Finney, J.W. & Moos, B.S. (2000): "Inpatient substance abuse care and the outcome of subsequent community residential and outpatient care." *Addiction*, 95 (6), 833-846.
- Nelson, G. & Aubry, T. (2007): A review of the Literature on the Effectiveness of Housing and Support, Assertive Community Treatment, and Intensive Case Management Interventions for Persons With Mental Illness Who have been Homeless. *American Journal of Orthopsychiatry*. Vol 77. No. 3., 350-361.
- O'Hare, P.A., Newcombe, R., Matthews, A., Buning, E.C. & Drucker, E. (eds.) (1992): *The Reduction of Drug-related Harm*. London: Routledge.
- Olsen, A. (2006): "National Policies and Contexts." I: Kouvonen, P., Skretting, A. & Rosenquist, P.: *Drugs in the Nordic and Baltic Countries. Common Concerns, Different Realities*. Helsinki: NAD-publikation nr. 48: 167-182.

- Pedersen, M.U. & Nielsen, M.K. (2007): *Behandlingsgaranti og ydelser i dansk stofmisbrugsbehandling*. Århus: Center for Rusmiddelforskning.
- Pedersen, M.U. (2001): *Substitutionsbehandling. Organiseringer, stofmisbrugere, effekter, metoder. Del 1*. Århus: Center for Rusmiddelforskning.
- Pedersen, M.U. (2005): *Heroin-afhængige i metadonbehandling – den medicinske og psykosociale indsats*. Århus: Center for Rusmiddelforskning, Århus Universitet.
- Pedersen, M.U. (2009): *Stoffri døgnbehandling 1997 til 2007. Tiden før, under og det første år efter (1998 og 2008)*. Århus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Poulsen, S. (2006): *Psykoterapi – en introduktion*. København: Frydenlund.
- Ravndal, E., Vaglum, P. & Lauritzen, G. (2005): "Completion of Long-Term Inpatient Treatment of Drug Abusers: a Prospective Study from 13 Different Units." *European Addiction Research*, 11: 180-185.
- Regeringskansliet (2008): Handlingsplan för narkotikapolitiken 2006-2010. *Faktablad januari 2008*, Socialdepartementet, Stockholm.
- Rigter, H., van Gageldonk, A., Ketelaars, T. & van Laar, M. (2004): *Treatment of Problematic Use of Drugs. State of the Art for evidence based treatments and other interventions*. Utrecht (Niederlande): Trimbos Institute.
- Riley D., Sawka, E., Conley, P., Hewitt, D., Mitic, W., Poulin, C., Room, R., Single, E. & Topp, J. (1999): "Harm Reduction: Concepts and Practice. A Policy Discussion Paper." *Substance Use and Abuse*, 34, 1, 9-24.
- Roe, G. (2005): Harm Reduction as Paradigm: Is Better than Bad Good Enough? The Origins of Harm Reduction. *Critical Public Health* 15, 3, 243-250.
- Rosenberg, H. & Melville, J. (2005): "Controlled drinking and controlled drug use as outcome goals in British treatment services." *Addiction Research and Theory* 13, 1, 82-92.
- Saxon, A.J, Wells, E.A., Flemming, C., Jackson, T.R. & Calsyn, D.A. (1996): "Pretreatment characteristics, program philosophy and level of ancillary services as predictors of methadone maintenance treatment outcome." *Addiction*, 9(8):1197-1209.
- Servicestyrelsen (2006): "Vejledning om botilbud m.v. til voksne. (Vejledning nr. 4 til serviceloven)." *VEJ* nr. 95 af 05/12/2006.

- Shippers, G. & Nelissen, M.H. (2006): "Working with controlled use as a goal in regular substance use outpatient treatment in Amsterdam." *Addiction Research and Theory*, 14, 1, 51-58.
- Simpson, D.D., Joe, G.W., Fletcher, B.W., Hubbard, R.L. & Anglin, M.D. (1999): "A national evaluation of treatment outcomes for cocaine dependence." *Arch Gen Psychiatry*. 56: 507-514.
- Skretting, A. (2006): "Treatment and Harm Reduction Measures." I: Kouvonen, P., Skretting, A. & Rosenquist, P.: *Drugs in the Nordic and Baltic Countries. Common Concerns, Different Realities*. Helsinki: NAD-publikation nr. 48: 73-104.
- Socialstyrelsen (2007a): *Rapport från en nationellt samordnad granskning. Läkemedelassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2007b): *Rapport om hur frivilligorganisationer inom det sociala området använt statsbidrag under verksamhetsåret 2006*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2008a): *Kvalitetsutveckling i missbruks- och beroendevård. En lägesbeskrivning av arbetet med kvalitet och vårdöverenskommelser mellan stat och kommun*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2008b): *Missbruks- och beroendevårdens öppenvård (ÖKART) – en nationell kartläggning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Stephens, R.S., Roffman, R.A. & Simpson, E.E. (1994): "Treating adult marijuana dependence: a test of the relapse prevention model." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(1):92-99.
- Stephens, R.S., Roffman, R.A. & Curtin, L. (2000): "Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use." *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 68, 898-908.
- Stephens, R.S., Babor, T.F., Kadden, R. & Miller, M. (2002): "The Marijuana Treatment Project: rationale, design and participant characteristics." *Addiction*, 97, suppl 1:109-124.
- Sundhedsministeriet (2003): *Regeringens psykiatraftale med de kommunale parter for perioden 2003-2006*. København: Sundhedsministeriet.
- Sundhedsstyrelsen (2007): *Vejledning om ordination af afhængigheds-skabende lægemidler og om substitutionsbehandling af personer med opioidafhængighed*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2008): *Narkotikasituationen i Danmark 2007*. København: Sundhedsstyrelsen.

- Tammi, T. (2004): The Harm Reduction School of Thought: Three Fractions. *Contemporary Drug Problems* 31, 3, 381-400.
- Tham, H. (2003): Forskare om narkotikapolitiken, *rapport 2003: Kriminologiska institutionen*, Stockholms Universitet.
- Thorsager, L., Børjesson, E., Christensen, I. & Pihl, V. (2007): *Metoder i socialt arbejde*. København: Socialforskningsinstituttet.
- United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC (2002): *Contemporary Drug Abuse Treatment – A Review of the Evidence Base* (No. V.02-56711). New York: United Nations Office on Drugs and Crime.
- Waal, H. (2000): ”Metadonbehandling – fremskritt eller falliterklæring?” I: Almind, G. & Hjortdahl, P. (red.): *Medicinske Arbejd*. København: Munksgaard.
- Weiss, R.D., Griffin, M.L., Gallop, R.J., Javits, L.M., Frank, A. & Crits-Christoof, P. (2005): “The effect of 12-step self-help group attendance and participation on drug use outcomes among cocaine-dependent patients.” *Drug & Alcohol Dependence*, 77(2), 177-184.
- Wild, T.C. (2006): ”Social control and coercion in addiction treatment: towards evidence-based policy and practice.” *Addiction*, 101, 1, 40-49.
- Winslow, J.H. (1984): *Narreskibet*. København: Forlaget SocPol.

RAPPORTER I SERIEN

09:13

Den sociale stofmisbrugsbehandling
De frivillige organisationers perspektiv
Delrapport 1

09:14

Den sociale stofmisbrugsbehandling
Brugernes og de pårørendes perspektiv
Delrapport 2

09:15

Den sociale stofmisbrugsbehandling
Behandlingstilbud og metoder
Delrapport 3

09:16

Den sociale stofmisbrugsbehandling
Kvalitetsudvikling og kvalitetsstandarder
Delrapport 4

09:17

Den sociale stofmisbrugsbehandling

Visitation og sagsbehandling

Delrapport 5

09:18

Den sociale stofmisbrugsbehandling

Resultater af behandlingen

Delrapport 6

09:19

Den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark

Hovedrapport

SFI-RAPPORTER SIDEN 2008

SFI-rapporter kan købes eller downloades gratis fra www.sfi.dk. Enkelte rapporter er kun udkommet som netpublikationer, hvilket vil fremgå af listen nedenfor.

- 08:01 Amilon, Anna: *Danskernes forventninger til pension*. 151 s. ISBN: 978-87-7487-885-8. Kr. 150,00.
- 08:02 Jæger, Mads M.: *Mere attraktive almene boliger? Effektevaluering af Omprioriteringsloven 2000*. 97 s. ISBN: 978-87-7487-886-5. Kr. 100,00.
- 08:03 Rosenstock, M., Jensen, S., Boll, J., Holt, H. & Wiese, N.: *Virksomheders sociale engagement. Årbog 2007*. 202 s. ISBN: 978-87-7487-887-2. Kr. 198,00.
- 08:04 Thorgaard, C.H. & Hougaard, I.B.: *Fokus på demens. Evaluering af en efteruddannelse i forebyggende hjemmebesøg*. 62 s. ISBN: 978-87-7487-888-9. Netpublikation.
- 08:05 Thorgaard, C.H. & Hougaard, I.B.: *Metoder til kvalitet i ældreplejen. Evaluering af et metodeudviklingsprojekt*. 76 s. ISBN: 978-87-7487-889-6. Kr. 80,00.
- 08:06 Olsen, B.M. & Dahl, K.M.: *Fritidsliv i børnehøjde. Beretninger fra udsatte børn*. 124 s. ISBN: 978-87-7487-890-2. Kr. 125,00.

- 08:07 Høgelund, J., Boll, J., Skou, M. & Jensen, S.: *Effekter af ændringer i sygedagpengeloven*. 178 s. ISBN: 978-87-7487-891-9. Kr. 175,00.
- 08:08 Bach, H.B.: *Livet efter en ulykke. Arbejdsliv og forsørgelse efter en ulykke, som blev vurderet i arbejdsskadestyrelsen*. 114 s. ISBN: 978-87-7487-892-6. Kr. 100,00.
- 08:09 Christensen, G.: *Hvorfor lejere bliver sat ud af deres boliger. Og konsekvenserne af en udsættelse*. 268 s. ISBN 978-87-7487-894-0. Kr. 238,00.
- 08:10 Larsen, B., Schademan, H.K. & Høgelund, J.: *Handicap og beskæftigelse i 2006. Vilkår og betingelser for handicappede på arbejdsmarkedet*. 180 s. ISBN: 978-87-7487-893-3. Kr. 180,00.
- 08:11 Jørgensen, M.: *Danskernes indbetalinger til pension. Hvordan påvirker tilknytningen til arbejdsmarkedet de fremtidige pensioner?* 222 s. ISBN: 978-87-7487-895-7. Kr. 220,00.
- 08:12 Filges, T.: *Virksomheders rekruttering*. ISBN: 978-87-7487-901-5. 146 s. Kr. 150,00.
- 08:13 Bonfils, I.S., Bengtsson, S. & Olsen, L. (red.): *Handicap og ligebehandling i praksis*. 175 s. ISBN 978-87-7487-897-1. Kr. 180,00.
- 08:14 Andersen, D.: *Anbragte børn i tal. Kvantitative analyser af data om børn, der er anbragt uden for hjemmet med fokus på skolegang. Delrapport 1*. 76 s. ISBN 978-87-7487-899-5. Netpublikation.
- 08:15 Mortensøn, M.D. & Neerbek, M.N.: *Fokus på skolegang ved visitation til anbringelse uden for hjemmet. Delrapport 2*. 126 s. ISBN 978-87-7487-900-8. Kr. 125,00.
- 08:16 Mattsson, C., Hestbæk, A-D. & Andersen, A.R.: *11-årige børns hverdagsliv og trivsel. Resultater fra SFT's forløbsundersøgelser af årgang 1995*. 181 s. ISBN: 978-87-7487-902-2. Kr. 180,00.
- 08:17 Bach, H.B. & Larsen, B.: *300-timers-reglen. Betydningen af 300-timers-reglen for gifte kontanthjælpsmodtagere*. 138 s. ISBN 87-7487-903-9. Kr. 140,00.
- 08:18 Bengtsson, S.: *Handicap og samfundsdeltagelse 2006*. 259 s. ISBN 978-87-7487-904-6. Kr. 260,00.
- 08:19 Beer, F., Winter, S.C., Skou, M.H., Stigaard, M.V., Henriksen, A.C. & Friisberg, N.: *Statslig og kommunal beskæftigelsesindsats. Implementering af "Flere i arbejde" før strukturreformen*. 289 s. ISBN 978-87-7487-905-3. Kr. 278,00

- 08:20 Skou, M.H., Winter, S.C. & Beer, F.: *Udlisitering af sagsbehandling. Andre aktører i beskæftigelsesindsatsen*. 208 s. ISBN: 978-87-7487-906-0. Kr. 210,00
- 08:21 Ottosen, M.H. & Christensen, P.S.: *Anbragte børns sundhed og skolegang. Udviklingen efter anbringelsesreformen*. 129 s. ISBN 978-87-7487-907-7. Kr. 130,00.
- 08:22 Klitgaard, C. & Damgaard, B.: *Integrations- og oplæringsstillinger i kommunerne*. 97 s. ISBN: 978-87-7487-908-4. Kr. 100,00.
- 08:23 Egelund, T., Andersen, D., Hestbæk, A.-D., Lausten, M., Knudsen, L., Fuglsang Olsen, R. & Gerstoft, F.: *Anbragte børns udvikling og vilkår. Resultater fra SFT's Forløbsundersøgelser af årgang 1995*. 327 s. ISBN 978-87-7487-910-7. Kr. 298,00.
- 08:24 Emerek, R., & Holt, H.: *Lige muligheder – Frie valg? Om det konspolitiske arbejdsmarked gennem et årti*. 369 s. ISBN: 978-87-7487-911-4. Kr. 360,00.
- 08:25 Perthou, A.S., Mortensøn, M.D. & Andersen, D.: *Skolegang under anbringelse. Delrapport 3*. 121 s. ISBN: 978-87-7487-913-8. Kr. 120,00.
- 08:26 Andersen, D., Mortensøn, M.D., Perthou, A.S. & Neerbek, M.N.: *Anbragte børns undervisning. Sammenfatning af tre delrapporter*. 77 s. ISBN: 978-87-7487-914-5. Kr. 70,00.
- 08:27 Nielsen, C. & Heidemann, J.: *Pengespil blandt unge. En rapport om 12-17-åriges spilvaner*. 117 s. ISBN: 978-87-7487-915-2. Kr. 120.
- 08:28 Deding, M. & Larsen, M.: *Lønforskelle mellem mænd og kvinder 1997-2006*. 197 s. ISBN: 978-87-7487-916-9. Kr. 190,00.
- 08:29 Amilon, A., Bingley, P. & Nielsen T.H.: *Opsat folkepension. Øger den arbejdsudbuddet?* 166 s. ISBN: 978-87-7487-917-6. Kr. 170,00.
- 08:30 Bengtsson, T.T., Knudsen, L., Nielsen, V.L.: *Kortlægning af kommunernes foranstaltninger til udsatte unge*. 199 s. ISBN: 978-87-7487-918-3.
- 08:31 Wüst, M., Thorsager, L. & Bengtsson S.: *Indsatsen over for børn med handicap og træningsbehov*. 117 s. ISBN: 978-87-7487-919-0. Kr. 120.
- 08:32 Kløft Schademan, H., Jensen, S., Thuesen, F. & Holt, H.: *Virk-somheders sociale engagement. Årbog 2008*. 202 s. ISBN: 978-87-7487-920-6. Kr. 200.

- 08:33 Mattsson, C. & Munk, M.D.: *Social uddannelsesmobilitet på kandidat- og forskeruddannelser*. 77 s. ISBN: 978-87-7487-921-3. Netpublikation.
- 08:34 Baviskar, S. & Dahl, K.M.: *11-årige børns fritid og trivsel*. 159 s. ISBN: 978-87-7487-922-0. Kr. 160.
- 09:01 Christensen, E., Kristensen, L.G. & Baviskar, S.: *Børn i Grønland. En kortlægning af 0-14-årige børns og familiers trivsel*. 145 s. ISBN 978-87-7487-923-7. Kr. 150,00.
- 09:02 Christensen, E., Kristensen, L.G. & Baviskar, S.: *Kalaallit nunaanni meeqqat. Meeqqat 0-imiit 14-it ilanngullugit ukiullit ilaqutariillu atugarissaarnerannik misissuineq*. 172 s. ISBN: 978-87-7487-924-4. Kr. 150,00.
- 09:03 Deding, M. & Filges, T.: *Danske lønmodtageres arbejdstid. En registeranalyse baseret på lønstatistikken*. 160 s. 978-87-7487-925-1. Kr. 160,00.
- 09:04 Thuesen, F., Schademan, H.K., Jensen, S., Holt, H. & Høst, A.: *A-kasserne og den aktive beskæftigelsespolitik*. 216 s. ISBN: 978-87-7487-928-2. Kr. 220,00.
- 09:05 Larsen, B. & Høgelund, J.: *Handicap og beskæftigelse. Udviklingen mellem 2002 og 2008*. 98 s. ISBN: 978-87-7487-927-5. Kr. 100,00
- 09:06 Ellerbæk, L.S. & Graversen, B.K.: *Evalueringsprojektet af jobcentrenes ligestillingsindsats*. 80 s. ISBN: 978-87-7487-929-9. Kr. 80,00.
- 09:07 Bengtsson, S. & Røgeskov, M.: *At skabe netværk. En evaluering af 22 socialpsykiatriske projekter i 15M-puljen*. 132 s. ISBN: 978-87-7487-930-5. Kr. 130,00.
- 09:08 Andersen, D. & Järvinen, M.: *Skadesreduktion i praksis. Behandlingstilbud til opiatmisbrugere i København*. 214 s. ISBN: 978-87-7487-931-2. Kr. 210,00.
- 09:09 Bengtsson, S. & Cayuelas Mateu, N.: *Beskyttet beskæftigelse. En kortlægning*. 118 s. ISBN: 978-87-7487-932-9. Kr. 110,00.
- 09:10 Deding, M. & Gerstoft, F.: *Børnefattigdom i Danmark 2002-2006*. 58 s. ISBN: 978-87-7487-933-6. Kr. 60,00.
- 09:11 Holt, H., Hvid, H., Grosen, S.L. & Lund, H.L.: *It, køn og psykisk arbejdsmiljø i administrativt arbejde*. 180 s. ISBN: 978-87-7487-935-0. Kr. 180,00.
- 09:12 Bengtsson, T.T. & Jakobsen, T.B.: *Institutionsanbringelse af unge i Norden, En komparativ undersøgelse af lovgrundlag, institutionsformer og udviklingstendenser*. 318 s. ISBN: 978-87-7487-936-7. Kr. 300,00.

- 09:19 Benjaminsen, L., Andersen, D. & Sørensen, M.: *Den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark. Hovedrapport.* 397 s. 978-87-7487-946-6. Kr. 400,00.
- 09:20 Bach, H.B.: *Lediges motivation og forsørgelse. Lediges forsørgelse 2 år efter interview om jobmotivation.* 55 s. ISBN: 978-87-7487-947-3. Kr. 55,00.
- 09:21 Larsen, B., Jonassen, A.B. & Høgelund, J.: *Personer med handicap. Helbred, beskæftigelse og fortidspension 1995-2008.* 111 s. 978-87-7487-948-0. Kr. 110,00.
- 09:22 Jørgensen, M.: *En effektmåling af efterlønsreformen af 1999. Reformens betydning for arbejdsudbuddet.* 194 s. ISBN: 978-87-7487-949-7. Kr. 200,00.

DEN SOCIALE STOFMISBRUGS- BEHANDLING I DANMARK

Dette er hovedrapporten i en rapportserie om den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark. Rapportserien bygger på en omfattende undersøgelse, der blev foretaget i perioden december 2007 til maj 2009. Undersøgelsen er bestilt og finansieret af Servicestyrelsen.

Rapporten giver et overblik over behandlingstilbuddene til danske stofmisbrugere. Undersøgelsen afdækker blandt andet, hvilke sociale behandlingsydelser stofmisbrugerne modtager, og hvilke metoder behandlingsstederne anvender.

En konklusion i rapporten er, at næsten halvdelen af misbrugerne modtager social behandling af en lav intensitet. Det vil sige, at de er i kontakt med behandlere sjældnere end hver 14. dag og for en dels vedkommende betydeligt sjældnere. Undersøgelsen viser desuden, at en stor del af misbrugerne har psykiske, sociale og fysiske problemer, og at flertallet oplever, at de ikke får tilstrækkelig hjælp til at håndtere problemerne.

Forskerne bag undersøgelsen anbefaler forbedringer af den sociale stofmisbrugsbehandling i form af fx mere behandling og flere tilbud om psykologsamtaler. Men forskerne understreger også, at der er brug for bedre uddannelse af behandlingspersonalet.